

POTILAIDEN ARVIOT
POTILASTURVALLISUUDESTA
– kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä
ja viimeisimmästä hoitajaksosta

Merja Sahlström
Pro gradu -tutkielma
Hoitotiede
Hoitotyön johtaminen
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Elokuu 2011

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos

Hoitotiede

Hoitotyön johtaminen

Sahlström, Merja.: Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta -kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä ja viimeisimmästä hoitajaksosta

Pro gradu -tutkielma, 102 sivua, 22 liitetaulukkoa (52 sivua)

Ohjaajat: Professori TtT Hannele Turunen ja Yliopistonlehtori TtT Pirjo Partanen

Elokuu 2011

Avainsanat: potilasturvallisuus, potilaat, osallistuminen, virheet, kyselytutkimus

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden yleisiä näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja potilaiden kokemuksia potilasturvallisuuden eri osa-alueista viimeisimmällä hoitajaksolla. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää mittari potilasturvallisuuden arvioimiseksi potilaan näkökulmasta, ja tuottaa sen avulla tietoa potilasturvallisuudesta potilaan näkökulmasta. Tutkimus kuuluu Vetovoimainen ja turvallinen sairaala tutkimushankkeen Potilasturvallisuuskulttuuri -osahankkeeseen.

Aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten kehitetyllä Potilaan arviot potilasturvallisuudesta (PAPT) -mittarilla erään sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen sairaalan kolmen osaston ja kolmen terveyskeskuksen vuodeosaston kotiutuville potilaille keväällä 2011. Lomake sisältää taustamuuttujien (5 kpl) lisäksi 49 Likert -asteikollista väittämää ja kaksi avointa kysymystä. Tutkimukseen osallistui 368 potilasta ja vastausprosentti oli 47,6. Aineisto käsiteltiin pääosin tilastollisesti ja tulokset esitetään frekvensseinä, prosenttiosuuksina, keskiarvoina ja tilastollisina merkitsevyyksinä.

Potilaista 94 % piti terveyden- ja sairaanhoitoa Suomessa turvallisena. Noin neljännes potilaista arveli kuitenkin, että potilas voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana. Potilaista 46 % arvioi tietävänsä paljon potilasturvallisuudesta, mutta suurimmalle osalle (61 %) potilaista potilasturvallisuusoppaat eivät olleet tuttuja. Melkein puolet (46 %) potilaista koki pystyvänsä tunnistamaan hoidossa tapahtuvia virheitä. Potilaiden mielestä he voivat auttaa virheiden ehkäisemisessä, ja he haluaisivat oppia omalla toiminnallaan parantamaan hoitonsa turvallisuutta. Kolme neljästä oli sitä mieltä, että potilaat ovat ainakin osittain itse vastuussa hoitonsa turvallisuudesta. Potilaat olivat yksimielisiä siitä, että hoitava henkilöstö oli tehnyt parhaansa turvatakseen heidän hoitonsa turvallisuuden viimeisimmällä hoitajaksolla. Kuitenkin joka kymmenes ei ollut mielestään saanut tietoa erilaisista hoitovaihtoehtoista ja 15 % koki, ettei heille ollut kerrottu hoitoon liittyvistä riskeistä. Yli puolet (56 %) potilaista arvioi, että heidän annettiin osallistua omaan hoitoonsa ja että heitä rohkaistiin kyselemään epäselvistä asioista. Vuodeosastopotilaiden ja yli 65 -vuotiaiden mielestä hoitavalla henkilökunnalla ei ollut heille tarpeeksi aikaa. Potilaat arvioivat potilasturvallisuuden tason viimeisimmällä hoitajaksolla suurimmaksi osaksi joko erittäin hyväksi tai erinomaiseksi. Potilaista 22 % oli kokenut joskus hoitonsa aikana virheen. Potilaiden kuvaamat virheet koskivat mm. infektiota, hoitoon pääsyä ja lääkitystä. Hoitava henkilökunta oli kertonut tapahtuneesta virheestä 8 % potilaista. Anteeksi virheitä oli pyydetty vain 3 % potilaista.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kohdeorganisaatioissa potilasturvallisuustyön kehittämispainopisteitä arvioitaessa. Lisäksi niitä voidaan hyödyntää mietittäessä potilaan roolia turvallisen hoidon edistämisessä.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Health Sciences, Department of Nursing Science

Nursing Science

Nursing Leadership and Management

Sahlström, Merja.: Patients' evaluation on patient safety – a survey study on overall views and experiences during the latest period of care

Pro gradu thesis, 102 pages, 22 tables as attachments (52 pages)

Supervisors: Professor, PhD Hannele Turunen and University Lecturer, PhD Pirjo Partanen
August 2011

Keywords: patient safety, patients, participation, errors, survey study

The purpose of the study was to collect patients' overall views on patient safety as well as their experiences on various aspects of patient safety during the latest period of care. The aim was to develop a means to measure and thus shed light on patient safety from the patient's point of view. The study is a part of the Patient Safety Culture Project, which in turn is a subproject of Attractive and Safe Hospital 2006-12 Project (the Magnet Hospital Project).

The material consisted of questionnaires in which patient safety was evaluated by the patients. The questionnaire, which is composed of five variables, 49 five-level Likert statements and two open questions, was formulated for the purpose of this study and was distributed to patients discharged from three hospitals and three health centres in Finland in the spring of 2011. The questionnaire was completed by 368 patients and the response rate was 47.6 %. Statistical analysis was carried out on the data, and the results were presented as tables indicating frequencies, percentages, averages and statistical significances.

94 % of the patients found healthcare in Finland safe. However, approximately a quarter of respondents thought that patients may be damaged in hospital care. 46 % of the patients assessed their understanding of patient safety to be good, although the majority (61 %) was not familiar with any Patient Safety Guides. Almost a half of the respondents (46 %) thought that they can detect possible errors in care. They felt that they could participate in the prevention of errors, and expressed their willingness to learn ways in which they could improve their safety in hospital care. Three quarters were of the opinion that patients themselves are, at least partly, responsible for the safety of hospital care. The respondents were unanimous in their opinion that the nursing staff had given their best effort to ensure patient safety during the latest period of care. Nevertheless, every tenth patient felt that s/he had not been informed about alternative treatments, and 15 % stated that they had not been told about the risks involved in care. 56 % of the respondents said they were given a chance to participate in their care and were encouraged to ask about any matter they do not understand. Patients in hospital and health centre wards as well as those over 65 years of age felt that the nursing staff did not have enough time for them. Patient safety during the latest period of care was regarded mostly as very good or excellent. 22 % of the patients had experienced a medical error at some point in their care. The errors had taken place e.g. with infections, admission to hospital care and medication. 8 % of the respondents had been told about the error, and only 3 % were apologized to for it.

The results of this study can be utilized when evaluating the needs for improvement to patient safety in the target organizations. The results can also contribute to the re-evaluation of the patients' role in enhancing safety in hospital care.

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

Sisältö

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	8
2 POTILASTURVALLISUUS POTILAAN NÄKÖKULMASTA	10
2.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	10
2.2 Keskeiset käsitteet	11
2.3 Vaaratapahtumat potilaan näkökulmasta	13
2.4 Potilaat potilasturvallisuuden edistäjinä	20
2.5 Potilasturvallisuusmateriaalit potilaiden näkökulmasta	26
2.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista.....	28
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	32
4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT	33
4.1 PAPT kysely.....	33
4.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta	34
4.3 Aineiston analyysi	36
5 TULOKSET	40
5.1 Vastaajien taustatiedot	40
5.2 Potilaiden yleiset näkemykset potilasturvallisuudesta	42
5.2.1 Potilaiden kommunikointi hoitavan henkilöstön kanssa	42
5.2.2 Potilaiden osallistuminen omaan hoitoon.....	43
5.2.3 Hoitavalta henkilöstöltä käsien pesusta kysyminen.....	45
5.2.4 Potilaiden luottamus hoitavaan henkilöstöön ja hoidon turvallisuuteen	46
5.2.5 Potilaiden virheiden tunnistaminen.....	47
5.2.6 Laitteista kertominen potilaalle.....	49
5.2.7 Potilasturvallisuustietous	49
5.2.8 Nimirannekkeiden käyttö	52
5.2.9 Taustamuuttujien yhteys potilaiden yleisiin näkemyksiin potilasturvallisuudesta keskiarvomuuttujittain	53
5.2.10 Potilaiden yleiset näkemykset vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä	58

5.2.11 Potilaiden palautteet potilasturvallisuudesta.....	59
5.3 Potilaiden kokemukset potilasturvallisuuden eri osa-alueista viimeisimmältä hoitojaksolta.....	63
5.3.1 Potilaiden kokemukset hoidon turvallisuudesta	63
5.3.2 Potilaiden kokemukset laiteturvallisuudesta	64
5.3.3 Potilaiden kokemukset lääketurvallisuudesta.....	65
5.3.4 Potilaiden kokemukset osallistumisesta omaan hoitoon viimeisimmällä hoitojaksolla	68
5.3.5 Potilaiden arviot potilasturvallisuuden tasosta viimeisellä hoitojaksolla.....	71
5.2.5 Potilaiden virheiden tunnistaminen ja niiden käsittely	73
5.2.6 Potilasturvallisuuden osa-alueet keskiarvomuuttujittain.....	76
6 POHDINTA.....	80
6.1 Keskeisten tulosten pohdintaa.....	80
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	90
6.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	94
6.4 Johtopäätökset ja suositukset	95
6.5 Jatkotutkimushaasteet	96
LÄHTEET	97
LIITTEET	

TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneet yksiköittäin (n, %).

Taulukko 2. Yhteenveto pääkomponenttien kommunaliteeteistä, selitysosuudet ja keskiarvomuuttujien Cronbachin alfa-arvot.

Taulukko 3. Potilaiden kokemuksia mittaavan osion keskiarvomuuttujat ja niiden Cronbachin alfa-arvot.

Taulukko 4. Potilaiden taustatiedot (n=175).

Taulukko 5. Vastaajien (n=170–173) näkemykset kommunikoinnista hoitavan henkilöstön kanssa (n, %).

Taulukko 6. Vastaajien (n=168–173) näkemykset potilaiden osallistumisesta omaan hoitoon (n, %).

Taulukko 7. Potilaiden (n=171) näkemykset hoitavalta henkilöstöltä käsien pesusta kysymiseen (n, %).

Taulukko 8. Potilaiden (n=172–174) luottamus hoitavaan henkilöstöön (n, %).

Taulukko 9. Potilaiden (n=173–174) virheiden tunnistaminen (n, %).

Taulukko 10. Potilaiden (n= 170–172) näkemykset laitteista kertomisesta (n, %).

Taulukko 11. Potilaiden (n=170–171) arviot omasta potilasturvallisuustietoudestaan (n, %).

Taulukko 12. Potilaiden (n=169–171) näkemykset nimirannekkeiden käytöstä (n, %).

Taulukko 13. Potilaiden yleiset näkemykset potilasturvallisuudesta taustamuuttujittain (ka, sd, p-arvo).

Taulukko 14. Potilaiden (n=168–173) yleiset näkemykset vastuusta ja hoitovirheiden ehkäisystä (n, %).

Taulukko 15. Potilaiden (n=173–174) kokemukset hoidon turvallisuudesta viimeisimmällä hoitojaksolla (n, %).

Taulukko 16. Potilaiden (n=169–170) kokemukset laite turvallisuudesta viimeisimmällä hoitojaksolla (n, %).

Taulukko 17. Potilaiden (n=168–175) kokemukset lääketurvallisuudesta viimeisimmällä hoitojaksolla (n, %).

Taulukko 18. Potilaiden (n=166–173) kokemukset osallistumisesta omaan hoitoon viimeisimmällä hoitojaksolla (n, %).

Taulukko 19. Virheistä ilmoittaminen (n=36–41) ja niiden käsittely (n, %).

Taulukko 20. Taustamuuttujien yhteys potilaiden kokemuksiin eri potilasturvallisuuden osa-alueista viimeisimmällä hoitojaksolla (ka, sd, p-arvo).

KUVIOT

Kuvio 1. Potilasturvallisuuden kokonaisuus (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, 2006).

Kuvio 2. Potilaan osallistumiseen vaikuttavat tekijät (Longtin ym., 2010).

Kuvio 3. Potilaiden näkökulma potilasturvallisuuteen.

Kuvio 4. Potilaiden mielestä potilasturvallisuustiedon saannin tärkeimmät lähteet (%).

Kuvio 5. Potilasturvallisuuden taso potilaiden arvioimana (n=167, %).

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Tiedonhakutaulukko

Liitetaulukko 2. Muuttujaluettelo

Liitetaulukko 3. Sattuneiden virheiden yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 4. Sukupuolen yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 5. Iän yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 6. Koulutuksen yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 7. Ammatin yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 8. Hoitopaikan yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 9. Sukupuolen yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 10. Iän yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 11. Koulutuksen yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 12. Ammatin yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 13. Sattuneiden virheiden yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 14. Hoitopaikan yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 15. Hoitopaikan yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta. (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 16. Sukupuolen yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 17. Koulutuksen yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 18. Iän yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 19. Ammatin yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 20. Sattuneiden virheiden yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta (% , n, p-arvo).

Liitetaulukko 21. Potilaiden arvioit potilasturvallisuuden tasosta viimeisimmällä hoitojaksolla (% , p-arvo).

Liitetaulukko 22. Aikaisempia tutkimuksia potilasturvallisuudesta potilaan näkökulmasta.

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Potilasturvallisuuteen on kiinnitetty yhä lisääntyvässä määrin huomiota sen jälkeen, kun Institute of Medicine (IOM) julkaisi vuonna 1999 ”To Err is Human” -raportin. Sen mukaan Yhdysvalloissa menehtyy vuosittain 44 000–98 000 ihmistä hoidosta aiheutuviin haittatapahtumiin. Tämä tarkoittaa sitä, että Yhdysvalloissa menehtyy enemmän ihmisiä hoidosta aiheutuviin haittatapahtumiin kuin esimerkiksi moottoriajoneuvo-onnettomuuksiin, rintasyöpään tai AIDSiin. (Corrigan ym., 1999.) Näistä hoidosta aiheutuneista haittatapahtumista olisi voitu estää jopa puolet yksinkertaisin menetelmin. (Corrigan ym., 1999; Jha ym., 2010.)

Edellä mainitun raportin julkaisemisen jälkeen ovat eri terveydenhuollon toimijat, asiantuntijat, potilasjärjestöt ja alan tutkijat olleet aktiivisesti mukana potilasturvallisuustyössä ympäri maailmaa. Lokakuussa 2004 WHO käynnisti potilasturvallisuusohjelman, jonka pääteemoina olivat muun muassa potilaiden ja väestön mukaan ottaminen sekä potilasturvallisuustutkimus. (World Alliance for Patient Safety, 2004.) Vuonna 2008 käynnistyi kolmivuotinen EU-maiden yhteinen potilasturvallisuushanke nimeltä EUNetPaS, jonka tavoitteena on eri maiden asiantuntijoiden yhteistyön avulla nostaa potilashoidon laatua luomalla potilasturvallisuutta koskevia hyviä käytänteitä. (www.eunetpas.eu.)

Suomessa ensimmäinen kansallinen potilasturvallisuusstrategia julkaistiin tammikuussa 2009. Sen tarkoituksena on ohjata maamme sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää myös sen toteutumista. Potilasturvallisuusstrategian yksi tavoite on, että potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen. (Potilasturvallisuusstrategia, 2009.) Myös uuteen 1.5.2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin sisältyy potilasturvallisuus. Siinä velvoitetaan jokaista terveydenhuollon toimintayksikköä laatimaan suunnitelma laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Lisäksi korostetaan asiakasta palvelujen keskipisteenä siten, että palvelut ja toiminnot tulisi organisoida hänen tarpeista lähtien. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Kansainvälisesti potilasturvallisuustutkimusta on melko paljon, mutta Suomessa vähän. Potilasturvallisuustutkimus on viime vuosina keskittynyt enemmän haittatapahtumista op-

pimiseen ja kohdentunut hoitavaan henkilökuntaan (esim. Kinnunen, 2010). Potilaiden näkökulmaa on tutkittu vähemmän. Potilaiden näkökulmalla on kuitenkin suuri merkitys, sillä he ovat ainoita, jotka käyvät läpi koko hoitoprosessin sen eri vaiheineen. Lisäksi he joutuvat kärsimään haittatapahtumista aiheutuneet haitat. Heidän mielipiteiden, kokemusten ja osallistumisen avulla voidaan saada uusia näkökulmia potilasturvallisuuden kehittämistyöhön. (Angood ym., 2010; Guijarro ym., 2010; Holme, 2009; Johnstone & Kanitsaki, 2009; Jorm ym., 2009; Newell ym., 2010.) Lisäksi he tuntevat sairautensa ja sen vaikutukset itseensä paremmin kuin kukaan ammattilainen. Potilailla on myös hyvä motivaatio osallistua, koska kyseessä on oma terveys ja sen edistäminen. Potilaat ovat myös siinä mielessä tärkeä tiedonlähde, koska he ovat ensimmäisiä, jotka huomaavat omassa terveydessään muutoksia ja voivat kertoa niistä hoitavalle henkilökunnalle. (Holme, 2009; Hovey ym., 2010.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta ja sen eri osa-alueista sekä kuvata heidän osallistumistaan potilasturvallisuuden edistämiseen heidän itsensä arvioimana. Tavoitteena on luoda kirjallisuudesta saadun tiedon ja aikaisemman tutkimuksen perusteella mittari, jonka avulla voidaan tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta potilaan näkökulmasta. Tämä tutkimus liittyy laajaan Itä-Suomen yliopiston (UEF) hoitotieteen laitoksen ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin (PSSHP) Vetovoimainen ja turvallinen sairaala tutkimus- ja kehittämishankkeeseen, jonka tutkimusosuutta johtaa professori Katri Vehviläinen-Julkunen (UEF) ja kehittämishanketta hallintoylihoitaja, dosentti Merja Miettinen (PSSHP). Tämä tutkimus on osa Potilasturvallisuuskulttuuri osahanketta, jota johtaa professori Hannele Turunen (UEF).

(www.uef.fi/hoitot/vetovoimainen-ja-turvallinen-sairaala-hanke)

2 POTILASTURVALLISUUS POTILAAN NÄKÖKULMASTA

2.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Tutkimusta varten haettiin kirjallisuutta potilaan roolista potilasturvallisuuden edistämises-
sä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksen avulla tunnistetaan
ja kerätään olemassa olevaa tutkittua tietoa, arvioidaan sen laatua sekä syntetisoidaan tu-
loksia rajatuista ilmiöistä. (Salanterä & Hupli, 2003.) Siihen valitaan aina mahdollisimman
tasokkaita tieteellisiä julkaisuja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009) ja tavoitteena
on luoda kattava kuva aiheeseen liittyvästä tutkimustiedosta (Salanterä & Hupli, 2003).
Menetelmä tuottaa synteetisomaista tietoa valitusta aiheesta ja sen tavoitteena on luotetta-
vuus, toistettavuus ja virheettömyys (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007). Tutkimuksessa hyö-
dynnettiin myös muuta ajankohtaista, relevanttia kirjallisuutta.

Kirjallisuuskatsauksen hakusanoja etsittäessä käytettiin seuraavia sanastoja avuksi: Cinahl
headings, Medical Subject Headings, FinMeSh ja suomalainen YSA. Tarkemmat hakusa-
nat ja niiden yhdistelmät näkyvät hakutaulukosta. (Liitetaulukko 1). Potilaan näkökulmaa
oli vaikea saada hakusanoiksi, sillä fraaseilla ”patients point of view” tai ”patients perspec-
tive” tai ”patients view” ei tullut sellaisia hakutuloksia, joita etsittiin, vaan hakutulokset
joko supistuivat liikaa tai ne eivät vastanneet sitä mitä haettiin.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto haettiin sähköisistä tietokannoista, jotka olivat saatavilla
Itä-Suomen yliopiston kirjaston kautta. Aineistohaut tehtiin etäyhteyttä käyttäen Cinahl,
PubMed ja Cochrane tietokannoista. Edellä mainitut tietokannat valittiin, koska ne kaikki
sisältävät hoitotieteellisiä julkaisuja ja niissä julkaistaan sellaisia tieteellisiä artikkeleita,
jotka ovat käyneet läpi kaksoissokkoarvioinnin.

Ensimmäinen tiedonhaku aloitettiin syyskuussa 2010 Cinahl tietokannasta. Rajauksena
käytettiin peer review, aikarajauksena vuosien 2000–2010 julkaisuja ja tutkimustyyppinä
research. Viimeksi mainittua siksi, että hakutulokseksi haluttiin tulevan vain tutkimuksia.
PubMed tietokannasta hakuja tehtäessä rajauksena oli lisäksi ”english”, sillä huomattiin,

että artikkeleita tästä aiheesta löytyy myös esimerkiksi saksaksi ja espanjaksi. Cochrane tietokannasta hakuja tehtäessä ei käytetty mitään rajoituksia.

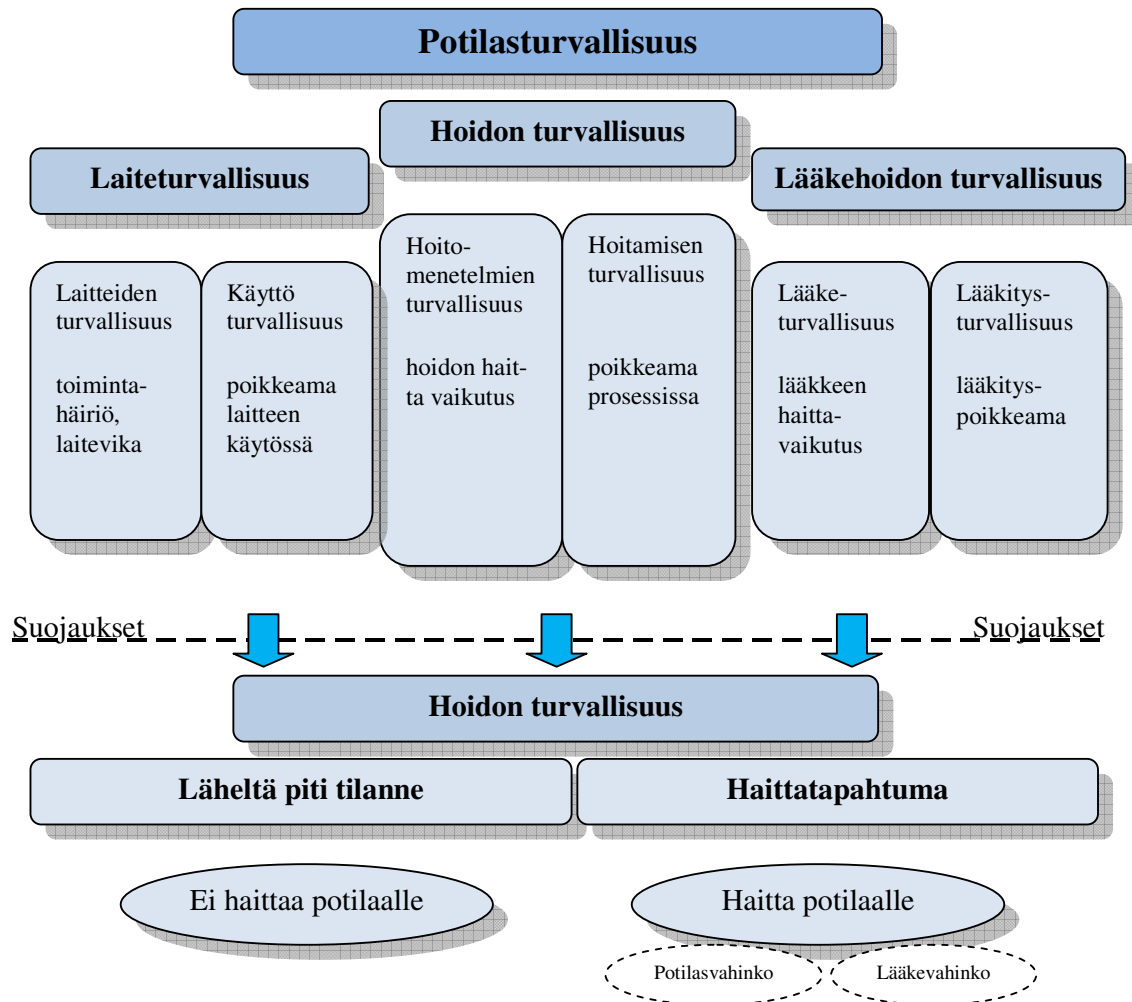
Lopullisilla hakusanoilla hakutuloksiksi saatiin yhteensä 185 artikkelia. Ensiksi aineistosta luettiin kaikki otsikot ja tiivistelmät. Tutkimusten mukaanottokriteerit olivat: artikkeli oli tutkimus ja se oli tehty potilaan näkökulmasta. Lisäksi artikkeleita ja niiden lähdeluettelointa lukiessa otettiin mukaan kaksi, mukaanottokriteerit täyttävää artikkelia, jotka eivät tulleet missään hauissa tuloksiksi. Näin ollen syyskuussa 2010 saatuun aineistoon tuli mukaan 30 artikkelia.

Tiedonhaku päivitettiin tammikuussa 2011. Siinä käytettiin samoja hakusanoja ja tietokantoja. Tutkimusten mukaanottokriteerit olivat myös samat kuin syyskuussa 2010 tehdyssä haussa. Hakutuloksiksi tammikuussa 2011 artikkeleita saatiin 153 ja uusia artikkeleita löytyi tietokannoista kaksi ja yksi löytyi käsihaulla. Näin ollen lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen saatiin mukaan 33 tutkimusartikkelia. (Liitetaulukko 22.)

2.2 Keskeiset käsitteet

Potilasturvallisuus (patient safety) on osa terveyden- ja sairaanhoidon laatua. Se käsittää ne periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan turvallinen ja laadukas hoito. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että hänen hoitonsa toteutetaan oikealla tavalla, oikeaan aikaan ja siten, ettei siitä koidu hänelle tarpeetonta haittaa. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia, 2009; Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, 2006; World Alliance for Patient Safety taxonomy, 2009.)

Potilasturvallisuus (kuvio 1) on käsitteenä laaja, sisältäen kolme osa-aluetta; 1) *hoidon turvallisuuden*, joka puolestaan voidaan jakaa hoitomenetelmien turvallisuuteen ja hoitamisen turvallisuuteen 2) *laiteturvallisuuden*, josta voidaan erottaa laitteiden turvallisuus ja niiden käyttöturvallisuus sekä 3) *lääkehoidon turvallisuuden*, jonka osa-alueina ovat lääketurvallisuus sekä lääkitysturvallisuus. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, 2006; Snellman, 2009.) Periaatteessa hoidon turvallisuus pitää sisällään sekä laiteturvallisuuden että lääkehoidon turvallisuuden, mutta ne on tärkeytensä vuoksi nostettu omaksi alueekseen (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, 2006).



Kuvio 1. Potilasturvallisuuden kokonaisuus (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, 2006).

Lääkehoidon turvallisuus koostuu lääketurvallisuudesta (drug safety) ja lääkitysturvallisuudesta (medication safety). Lääketurvallisuus sisältää lääkkeeseen valmisteena liittyvän turvallisuuden, kuten sen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tuntemisen. Lääkitysturvallisuus puolestaan tarkoittaa lääkkeen käyttöön liittyvää turvallisuutta, kuten lääkehoidon toteuttamista. Lääkityspoikkeama (medication error) voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä, ja se voi johtaa vaaratapahtumaan. Lääkehoidon vaaratapahtuma (medication safety incident) on potilaan turvallisuuden vaarantava lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Sen si-

jaan lääkehaittatapahtuma (adverse drug event) aiheuttaa aina potilaalle haittaa. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, 2006; World Alliance for Patient Safety taxonomy, 2009.)

Suojauksilla (detection, barriers) tarkoitetaan kaikkia niitä rakenteita tai menettelyitä, joiden avulla voidaan tunnistaa poikkeamat ja estää vaaratapahtumien syntyminen. Poikkeamalla (error) tarkoitetaan sellaisia tapahtumia, jota ei ole suunniteltu ja joka johtaa vaaratapahtuman syntymiseen. Vaaratapahtuma (patient safety incident) on puolestaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Kun vaaratapahtuma aiheuttaa potilaalle haittaa, on kyseessä haittatapahtuma (adverse event). Jos vaaratapahtuma jostain syystä välteltiin eikä potilaalle syntynyt haittaa, on kyseessä läheltä piti –tapahtumasta (near miss). (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, 2006; World Alliance for Patient Safety taxonomy, 2009.)

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on tutkittu potilaiden tietämystä turvallisuussanastosta. Niiden mukaan se on potilaille ja heidän omaisilleen vierasta. Potilaat pitävät potilasturvallisuutta vähemmän merkittävänä ongelmana kuin vaaratapahtumia. Esimerkiksi Hibbardin ym. (2005) tutkimuksen mukaan reilu neljännes (27 %, n=195) ihmisistä koki, että potilasturvallisuus ei ole vakava ongelma, ja 23 % ihmisistä koki, että vaaratapahtumat eivät ole vakava ongelma. Potilaat eivät siis ymmärtäneet, että käsitteet potilasturvallisuus ja vaaratapahtumat viittaavat samaan asiaan. (Hibbard ym., 2005.)

Tässä tutkimuksessa vaaratapahtumista käytetään termiä ”virhe” kuvaamaan potilaan näkökulmasta yleisesti kaikkia ongelmia ja poikkeamia laite-, hoidon-, sekä lääkehoidon turvallisuudessa. Hoitavalla henkilökunnalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan lähi- ja perushoitajia, eriasteisia sairaanhoitajia sekä lääkäreitä.

2.3 Vaaratapahtumat potilaan näkökulmasta

Potilaiden kokemukset yleisestä potilasturvallisuudesta vaihtelevat paljon. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan vain 13 % yli 18 -vuotiaista amerikkalaisista arvioi terveydenhuollon erittäin turvalliseksi. (Davis ym., 2007.) Amerikkalaisista 75 % pitää terveydenhuoltoa vain kohtalaisen turvallisena (Eurobarometri 327, 2010).

Myös haittatapahtumien sattumisesta potilaiden näkemykset vaihtelevat paljon. EU -maiden kansalaisista keskimäärin 46 % ja suomalaista 72 % pitää haittatapahtumien sattumista sairaalahoidon aikana epätodennäköisenä. Todennäköisenä puolestaan niiden sattumista pitävät EU -maiden kansalaisista keskimäärin puolet ja suomalaisista runsas neljännes (27 %). (Eurobarometri 327, 2010.) Kysyttäessä potilailta miten turvalliseksi he tunsivat olonsa sairaalassa ollessaan, suurin osa (80 %) heistä ei ollut lainkaan huolissaan virheiden sattumisen riskistä. Sen sijaan kysyttäessä asiaa uudelleen kymmenen päivää kotiutumisen jälkeen, erittäin huolissaan virheiden sattumisen riskistä oli 10 % potilaista, 40 % oli jokseenkin huolissaan ja puolet ei ollut lainkaan huolissaan virheiden sattumisen riskistä. (Schwappach & Wernli, 2010.) Toisaalta 25–40 % potilaista koki jonkinasteista huolta jossain vaiheessa hoitoaan (Guijarro ym., 2010).

Potilaat kohtaavat ja siten myös raportoivat haittatapahtumista paljon. Niiden määrä vaihtelee 5–29 % välillä tutkimuksesta riippuen. (Fowler ym., 2008; Friedman ym., 2008; MacPherson ym., 2004; Schoen ym., 2005; Solberg ym., 2008.) Eurobarometrin (2010) mukaan 34 % suomalaisista ilmoitti joko itse tai perheenjäsenensä kohdanneen haittatapahtuman hoidon aikana. Vastaava luku EU:ssa on keskimäärin 26 %. Läheltä piti – tapahtumia potilaat raportoivat vähemmän 3,5–7,7 % tutkimuksesta riippuen (Friedman ym., 2008; Weingart ym., 2004; Weingart ym., 2005).

Haittatapahtuman satuttua potilaat odottavat, että heille kerrotaan, mitä ja miten haittatapahtuma tapahtui ja sen mahdollisista seuraamuksista. Potilaat odottavat myös henkilökunnalta anteeksipyyntöä tapahtuneesta. (Angood ym., 2010; Bismark, 2009; Guijarro ym., 2010; Ocloo, 2010.) Lisäksi he haluavat tietää, miten haittatapahtumia voidaan ehkäistä tulevaisuudessa (Bismark, 2009; Guijarro ym., 2010; King ym., 2010). Potilaille ei kuitenkaan aina kerrota tapahtuneesta virheestä (Schoen ym., 2005; Ocloo, 2010) eikä niitä myöskään pyydetä heiltä aina anteeksi (Blendon ym., 2002). Haittatapahtumien myöntämyys ja tarvittavan tiedonsaannin puute pakottavat potilaat joskus oikeudellisiin toimiin, vaikkakaan se ei ole potilaiden ensisijainen tavoite haittatapahtumien selvittämisessä (Bismark, 2009; Ocloo, 2010). Osa potilaista koki myös olevansa osavastuussa omassa hoidossa tapahtuneista haittatapahtumista (Davis ym., 2007).

Potilaille haittatapahtumat aiheuttavat monenlaisia terveysongelmia (Friedman ym., 2008; Kuzel ym., 2004; Schoen ym., 2005; Solberg ym., 2008). Haittatapahtumista aiheutuneet haitat voidaan jakaa kolmeen luokkaan: psyykkiset, fyysiset ja taloudelliset haitat. Psyykkisinä haittoina potilaat kuvasivat vihastumista, suuttumusta, ärsyyntymistä, turhautumista, aliarvioiduksi tulemistä, luottamuksen vähentymistä lääkäriä kohtaan ja myös pettymyksen ja hämmennyksen tunteita. (Kuzel ym., 2004; Solberg ym., 2008.) Fyysisinä haittoina potilaat useimmiten kuvasivat kipua tai lääkitykseen liittyviä sivuvaikutuksia, kuten hypoglykemiaa, unettomuutta ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia (Friedman ym., 2008; Kuzel ym., 2004; Schoen ym., 2005).

Pitkäaikaissairauksien haitat liittyivät sairauden alihoitamiseen, esimerkiksi hyperlipidemiassa ja diabeteksessa uusien oireiden hoitamattomuuteen. Muita fyysisiä ongelmia olivat heikotus, itsensä tunteminen sairaaksi, pyörrytys, pahoinvointi, päänsärky ja kuume. (Kuzel ym., 2004; McLernon ym., 2010; MacPherson ym., 2004.) Taloudellisista haitoista potilaat kuvasivat rahallisten kulujen lisääntymistä ja työajan menettämistä (Kuzel ym., 2004).

Laiteturvallisuus

Tutkimuksia, jotka käsittelevät potilaiden kokemuksia lääkintälaitteista ja niiden turvallisuudesta, on tehty erittäin vähän. Kuitenkin tiedetään, että lääkintälaitteet voivat aiheuttaa potilaille haittaa (Amoore & Ingram, 2002; Jha ym., 2010) ja että niihin liittyvien haittatapahtumien vuoksi kuolee tai vakavasti loukkaantuu vuosittain noin 400 ihmistä (Amoore & Ingram, 2002; Department of health, 2000). Yhdysvalloissa tapahtuu vuosittain yli miljoona laitteesta johtuvaa haittatapahtumaa (Jha ym., 2010).

NPSAn (The National Patient safety Agency) tutkimuksen mukaan (Quinn, 2003) potilaat halusivat kuitenkin tietää lääkintälaitteista ja ymmärtää niiden toimintaa. Se, miten paljon potilaat saivat tietoa lääkintälaitteista, vaihteli huomattavasti. Sellaiset potilaat, jotka saivat sytostaatteja infuusiopumpun kautta, saivat mielestään tarpeeksi tietoa sen toiminnasta. Sen sijaan sellaiset potilaat, joiden kipua hoidettiin kipupumpulla, eivät saaneet tietoa lainkaan tai saivat sitä mielestään liian vähän. Potilaiden mielestä tietoa ei voinut kysyäkään, koska kipulääkkeen vaikutuksesta heidän olonsa oli tokkurainen. Potilaat eivät myöskään

aina tienneet, että esimerkiksi leikkauksen yhteydessä heille laitettaisiin kipupumppu, vaan se tuli heille yllätyksenä. (Quinn, 2003.)

Kipupumpusta saadun tiedon puute haittasi potilaita esimerkiksi niin, etteivät he uskaltaneet käyttää boluksia, jonka vuoksi heillä oli kipuja enemmän. Toisaalta potilaat myös pelkäsivät jäävänsä ”koukkuun” vahvoihin kipulääkkeisiin. Lisäksi potilaat olivat huolissaan myös ilmakuplista, joita näkyi letkuissa. Potilaille ei myöskään kerrottu riittävästi, miten tulee toimia, jos laite hälyttää. Eräs potilas oli jäänyt tämän seurauksena useiksi tunneiksi ilman kipulääkettä, koska ei ollut ymmärtänyt pyytää apua ja hoitohenkilökunta ei ollut kuullut laitteen hälytystä. (Quinn, 2003.)

Hoidon turvallisuus

Hoidon turvallisuuteen liittyviä haittatapahtumia ja läheltäpiti -tilanteita on tutkittu jonkin verran (Friedman ym., 2008; Weingart ym., 2004; Weingart ym., 2005; Weingart ym., 2008). Vakavaksi tai henkeä uhkaavaksi haitoiksi potilaat pystyivät tunnistamaan leikkaushoitoa vaatineen tapauksen, jossa perkutaaninen keskuslaskimokatetri oli aiheuttanut potilaalle syvän laskimotukoksen (Weingart ym., 2005), ripulin, kudokseen menneen i.v. infuusion aiheuttaman kivun ja turvotuksen tai matalan verensokerin (Weingart ym., 2005; 2008) hengenahdistuksen sekä potilaan kaatumisen, jonka yhteydessä hän oli saanut ruhjeita ja mustelmia (Friedman ym., 2008). Akupunktioidossa potilaat tunnistivat haittatapahtumiksi voimakkaan väsymyksen, uupumuksen, pitkittyneet kivut, mustelmien syntymisen sekä voimakkaan uneliaisuuden (MacPherson ym., 2004).

Potilaat pystyivät tunnistamaan myös läheltäpiti -tilanteita. Sellaisiksi potilaat tunnistivat lääkärin määräämän antibiootin saamisen viivästymisen, väärän potilaan verenpaineen tarkkailun ja trauman kokeneen potilaan odottamisen ensiavussa ilman valvontaa (potilas ei ollut ilmoittautunut ensiapuun). (Weingart ym., 2005.) Lisäksi potilaat olivat tunnistaneet esimerkiksi sen, että haavan suojaksi laitettu suoja oli ollut liian suuri (oli tippunut pois ja laitettu uusi), osa haavaan ommelluista tikeistä oli jäänyt liian löysäksi (ommeltu uudelleen) ja röntgenkuvasta ei ensimmäisellä kerralla ollut havaittu murtumaa (potilas kutsuttu takaisin hoitoon) (Friedman ym., 2008).

Lääkäri-potilas suhteessa haittatapahtumaraportteja aiheuttivat lääkärin epäkunnioittava käytös, tunteettomuus (Kuzel ym., 2004; Solberg ym., 2008) ja potilaan omaan hoitoon osallistumiseen liittyvät asiat. Potilaille ei selitetty heidän hoitoonsa tai toimenpiteeseensä liittyviä riskejä tarpeeksi hyvin eikä heitä myöskään otettu tarpeeksi hyvin mukaan omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. (Schoen ym., 2005.) Lisäksi potilaiden mielestä lääkäreillä ja heillä ei ollut tarpeeksi aikaa keskustella asioista rauhassa (Kuzel ym., 2004).

Potilaan hoitavan lääkärin vaihtuminen aiheuttaa potilaissa turvattomuutta. Lääkärin vaihtumisesta huolimatta kaksi kolmesta (67 %, n=6827) potilaasta tunsivat olonsa turvalliseksi. (Pandhi ym., 2008.) Samassa tilanteessa kuitenkin 12 % ilmoitti tuntevansa itsensä turvattomaksi. Nämä turvattomaksi itsensä tuntevat potilaat olivat useimmiten naisia ja sellaisia potilaita, joiden hoitosuhde oli kestänyt pitkään. Kaikkein turvattommiksi olonsa kuitenkin hoitosuhteen katketessa tunsivat sellaiset potilaat, joilla oli paljon kroonisia sairauksia ja varsinkin sepelvaltimotauti. (Pandhi ym., 2008; Pereira & Pearson, 2003.) Lisäksi sellaiset potilaat, jotka suosivat aktiivista osallistumista päätöksentekoon ja joilla oli suuri luottamus omaan lääkäriin, kokivat tuntevansa turvattomuutta, jos hoitosuhde katkeaisi (Pandhi ym., 2008). Ongelmat hoidon jatkuvuudessa näkyvät myös potilaiden raportoimissa haittatapahtumissa. Ne potilaat, jotka tapaavat neljää tai useampaa lääkärää, raportoivat kolme kertaa todennäköisemmin virheistä, kuin sellaiset potilaat, jotka tapaavat vain yhtä lääkärää. (Schoen ym., 2005.)

Myös huono potilaiden, omaisten ja hoitavan henkilöstön välinen kommunikaatio aiheuttaa paljon vaaratapahtumia (Holme, 2009). Vaaratapahtumat liittyvät siihen, ettei potilaille aina selvitetä hoidon päämääriä tai anneta heille selviä ohjeita. Lääkärit eivät myöskään aina kerro potilaille erilaisista hoitovaihtoehtoista tai ota heitä mukaan niihin liittyvään päätöksentekoon. (Schoen ym., 2005.) Potilaat raportoivat myös hoidon saantiin ja siihen liittyvistä ongelmista. Potilaat eivät saaneet yhteyttä hoitopaikkaansa puhelimitse tai potilaan jätettyä soittopyynnön, siihen ei vastattu. Myös vastaanottoaikojen myöhästyminen kohtuuttomasti aiheutti haittatapahtumaraportteja. Potilaan hoitoon ja seurantaan liittyvistä asioista haittatapahtumaraportteja aiheuttivat esimerkiksi riittämätön potilaan ohjaus. (Kuzel ym., 2004.)

Muita haittatapahtumaraporttien aiheuttajia olivat muun muassa sairaalassa saadut infektiot (Schoen ym., 2005; Ocloo, 2010), väärän potilaan tarkkailu ja yhdessä tapauksessa vessassa kaatunut potilas joutui odottamaan kolme tuntia, että hänet löydettiin sieltä (Weingart ym., 2005). Virheitä tapahtui myös liittyen laboratoriotuloksiin, niin että potilaan saamat laboratoriotulokset olivat väärä tai potilas joutui odottamaan tuloksiaan liian kauan (Schoen ym., 2005). Monet potilaat raportoivat myös ruokaan ja ruokavalioon liittyviä tapahtumia. He eivät saaneet heille määrättyjä erikoisruokavalioita, ruoka tuotiin väärään aikaan tai ruokaa ei saanut silloin kun he olisivat sitä tarvinneet (esimerkiksi lääkkeen oton yhteydessä). (Schwappach, 2008.)

Potilaat myös kokivat, että turvallisuuskulttuurilla oli suuri merkitys. Potilaat kokivat, että kaksoistarkastukset potilaan tunnistamisessa oli hyvä asia. Osa potilaista kuitenkin kertoi, että heidän ollessa pitkään sairaalassa, hoitajat eivät enää käyttäneet esimerkiksi tunnistusrannekkeita hyväksi potilaan tunnistamisessa. (Walrath & Rose, 2008.)

Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidossa tapahtuvat vahingot ovat yksi suurimpia haittatapahtumien aiheuttajia. Niistä 28–56 % olisi kuitenkin ennalta ehkäistävässä. (Kinnunen & Peltomaa, 2009.) Lääkehoidon liittyviä potilaiden kuvaamia haittatapahtuma tai läheltä piti -tilanteita oli monenlaisia. Osa niistä liittyi potilaiden kivunhoitoon, joko niin että potilaiden kipua ei hoidettu riittävän tehokkaasti tai kipulääkkeen saaminen (siitä kun potilas oli asian ilmaissut henkilökunnalle) kesti liian kauan. (Friedman ym., 2008; Schoen ym., 2005; Weingart ym., 2005.) Osassa tapauksista lääkäri oli määrännyt potilaalle sellaista lääkettä, jolle potilas oli vakavasti allerginen (Friedman ym., 2008; Weingart ym., 2004; Weingart ym., 2005). Osa tapauksista puolestaan liittyi viivästyneeseen antibioottien saamiseen. Pahimmillaan antibiootit olivat myöhässä kuusi tuntia. (Weingart ym., 2005.) Potilasta ei myöskään ollut lääkitty ajoissa, vaikka verensokeri oli korkea tai potilas oli kotiutettu, vaikka hänen verensokerin arvo oli ollut korkea (Weingart ym., 2004). Myös uuden lääkkeen aloitukseen liittyi paljon haittatapahtumia (Fowler ym., 2008).

Lääkkeiden käyttöön liittyvässä tiedon saannissa oli puutteita (Metlay ym., 2005; Weingart ym., 2004). Sairaalassa potilaille kerrottiin yleisesti ottaen hyvin ja ymmärrettävästi lääk-

keiden tarkoituksesta, mutta lääkkeiden sivuvaikutuksista ja niiden seuraamisesta kerrottiin vain noin puolelle potilaista (Weingart ym., 2004). Myös korkean riskin lääkkeiden, kuten warfariinin, digoksiinin ja fenytoiinin käytön aloituksen yhteydessä tiedon saanti oli niukkaa, sillä noin joka kolmas (n=4955) vanhuspotilas ilmoitti, etteivät he olleet saaneet minäänlaista lääkeinformaatiota edellä mainittujen lääkkeiden käytön aloituksen yhteydessä (Metlay ym., 2005). Potilaat saivat lääkeinformaatiota suurimmaksi osaksi farmaseuteilta. Heiltä saatu tieto oli pääosin kirjallista. Hieman reilu kolmannes potilaista sai lääkeinformaatiota lääkäreiltä. Heiltä saatu tieto oli puolestaan suurimmaksi osaksi suullista. (Metlay ym., 2005.)

Myös lääkkeiden nimien epäjohdonmukainen käyttö aiheutti potilaille sekaannusta. Kysyessään henkilökunnalta omasta lääkityksestään potilaat olivat enemmän kiinnostuneita lääkkeen käyttötarkoituksesta kuin siitä oliko lääke tai annos oikea. (Walrath ym., 2008.) Lääkitykseen liittyvässä muun tiedon saannissa oli myös puutteita. Esimerkiksi vanhuksille ei läheskään aina kerrottu mitä ruoka-aineita tulee välttää, mitä muita samanaikaisesti käytettäviä lääkkeitä tulee välttää ja mitä tulee tehdä, jos unohtaa ottaa lääkkeen. (Metlay ym., 2005.) Puutteellisen tiedon saamiseen potilaat käyttivät useita eri lähteitä: osa etsi tietoa internetistä, osa kyseli omaisilta, osa farmaseutilta ja osa suoraan hoitohenkilökunnalta (Walrath ym., 2008).

Lääkitysprosessiin osallistumiseen ja sen parantamiseen potilailla oli useita keinoja. Potilaat tarkkailivat annettujen lääkkeiden väriä ja kyselivät lääkkeiden vaihtuvista nimistä. Jos he eivät saaneet henkilökunnalta selitystä kysymyksiinsä, he kieltäytyivät usein ottamasta lääkkeitä. Varsinkin sellaiset potilaat, joilla oli krooninen tai henkeä uhkaava sairaus olivat erittäin tarkkoja lääkityksensä suhteen. Osa potilaista puolestaan luotti lääkehoidossa täysin hoitohenkilökuntaan. He kuvasivat, että kun osa potilaista kyselee lääkkeistään, he vain ottavat ne. Lisäksi he vetosivat väsymykseen ja siihen, että henkilökunta on sitä varten töissä, että he takaavat lääkitysturvallisuuden. Osa potilaista myös koki, että liika kyseleminen hoitajilta lisää hoitajien taakkaa. (Walrath ym., 2008.)

Potilaiden mielestä hoitajien tulisi kuunnella aidosti kun potilas sanoo, että lääke saattaa olla väärä. Potilaat toivoivat lisäksi, että pöytälaatikossa olisi aina ajantasainen lääkelista, josta potilas voisi itse tarkastaa lääkityksensä. Kotiutustilanteissa potilaat toivoivat, että

heillä olisi mukana läheinen, jolloin lääkeinformaatio tulisi paremmin ymmärrettyä. Potilaiden mielestä sinetöityjen annospussien käyttö vähentää lääkevirheiden mahdollisuutta. Näin siksi, että potilas näkee kun pussi avataan ja lääkkeet laitetaan hänen eteensä. Potilaat eivät kuitenkaan varmistaaneet kysymällä että he saivat oikeat lääkkeet. (Walrath ym., 2008.)

2.4 Potilaat potilasturvallisuuden edistäjinä

Potilaiden mukaan ottamisesta potilasturvallisuuden parantamiseen ja siitä saatavasta hyödyistä on useita eri näkökulmia. Tutkimusten mukaan se vahvistaa potilaan ja lääkärin välistä suhdetta, tuo potilaille vastuullisuutta (Bittle & LaMarche, 2009), on osa potilaskeskeistä hoitoa (Guijarro ym., 2010; King ym., 2010) sekä parantaa päätöksentekoprosessia ja kroonisten sairauksien hoitoa (Longtin ym., 2010). Lisäksi potilaiden osallistuminen ja heidän näkökulmien huomioiminen ovat tärkeitä, sillä potilaat ovat hoidon keskiössä (Ocloo, 2010; King ym., 2010; Weingart ym., 2005). Lisäksi muun muassa Euroopan unionin neuvosto (2009) on suositellut, että potilaita tulee informoida potilasturvallisuudesta ja osallistaa heidät potilasturvallisuus prosessiin.

Potilaiden mukaan ottamisesta ja sen vaikutuksista on myös hieman toisenlaisia näkemyksiä. Tutkimusten mukaan se saattaa lisätä potilaiden ja hoitohenkilökunnan välistä jännitteisyyttä (Peat ym., 2010), siirtää liikaa vastuuta potilasturvallisuudesta potilaille (Entwistle ym., 2005; Johnstone & Kalitsaki, 2009; Jorm ym., 2009; Peat ym., 2010) ja näin ollen vaikeuttaa potilaan asemaa (Peat ym., 2010). Potilaat eivät kuitenkaan mieltäneet, että heidän osallistumisensa vaikeuttaisi heidän suhdettaan hoitavaan henkilökuntaan tai että se vähentäisi henkilökunnan ja heidän välistä luottamusta (Schwappach & Wernli, 2010).

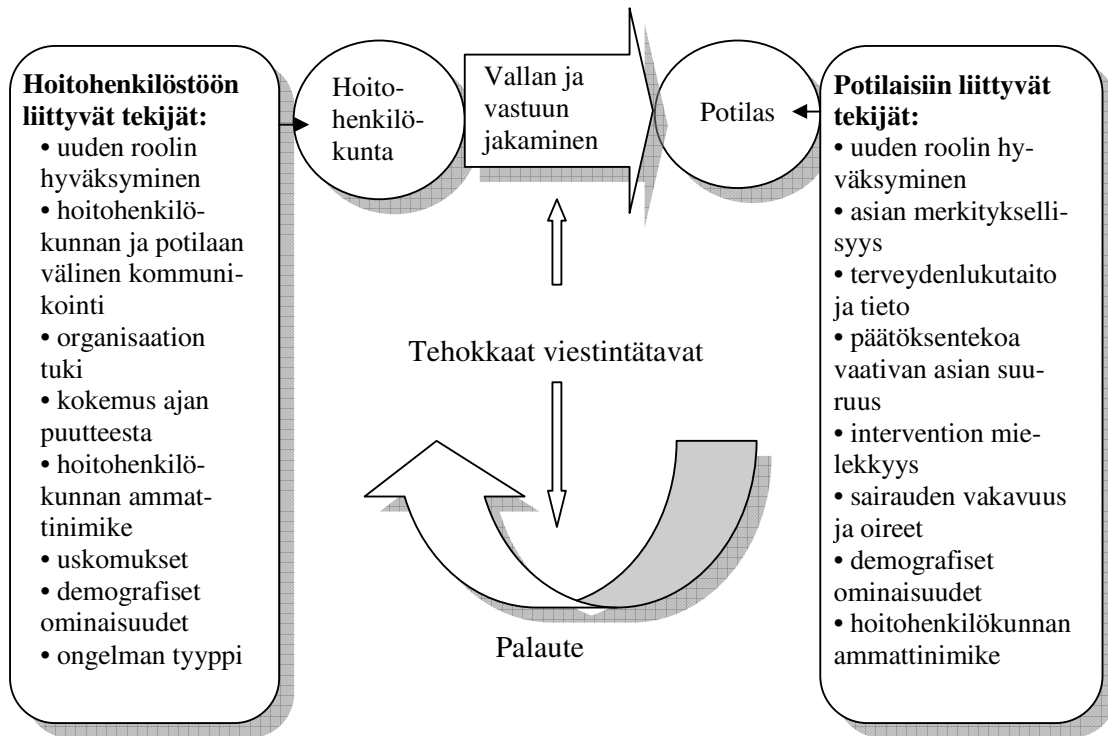
Potilaiden on nähty pystyvän tunnistamaan erilaisia haitta-, ja läheltä piti -tapauksia (Friedman ym., 2008; Guijarro ym., 2010; Schwappach, 2008; Weingart ym., 2005) ja niihin johtaneita syitä, kuten henkilökunnan resursointiin liittyviä asioita (Blendon ym., 2002; Weingart ym., 2005). Toisaalta potilaiden tunnistamien haittatapahtumien luotettavuutta on kyseenalaistettu, sillä tutkimuksissa käytetty terminologia on vaihtelevaa ja potilaiden vaikeasti ymmärrettävissä (Guijarro ym., 2010; Hibbard ym., 2005; Johnstone & Kalitsaki, 2009; Jorm ym., 2009; King ym., 2010; Peat ym., 2010). Esimerkiksi Solbergin ja kollegoiden (2008) tutkimuksessa potilaiden raportoimista 247 haittatapahtumasta, vain viisi

vastasi IOM:n mukaista määritelmää haittatapahtumasta. Samaisessa tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaiset kävivät läpi kaikki potilaiden raportoimat haittatapahtumat potilastiedoista. Ilmeni, että melkein puolessa tapauksista hoito vaikutti jälkeenpäin tarkasteltuna tarkoituksenmukaiselta, vaikka potilas oli näissä tapauksissa uskonut, että diagnoosi tai hoito oli tehty virheellisesti. (Solberg ym., 2008.)

Myös se, mitä potilaat käsittivät termillä medical error (suom. haitta- tai läheltä piti tapahtuma, joka olisi estettävissä), poikkesi paljon siitä, mitä termillä virallisten määritelmien mukaan tarkoitetaan. Potilaat sisällyttivät ”medical error” termin alle sellaisia tapahtumia, jotka eivät olleet estettävissä, vaikka kyseisellä termillä tarkoitetaan juuri sellaisia tapahtumia, jotka olisivat olleet estettävissä nykykäsityksen mukaan. (Blendon ym., 2002; World Alliance for Patient Safety taxonomy, 2009.) Näin ollen potilaiden näkemykset haittatapahtumista ja hoidon laadusta ovat yleensä sisällöllisesti laajempia kuin viralliset määritelmät (Jorm ym., 2009; Peat ym., 2010).

Tähän mennessä potilasturvallisuusinterventiot, joilla potilaita on yritetty osallistaa, voidaan jakaa hoidon suunnitteluun, turvallisen hoidon toteutukseen sekä järjestelmän turvallisuuteen liittyviin interventioihin. Hoidon suunnittelun interventioissa potilas auttaa varmistamaan asianmukaisen hoitosuunnitelman muun muassa antamalla henkilöstölle kaikki tarvittavat tiedot lääkeaineallergioista ja yliherkkyyksistä. Turvallisen hoidon toteutuksen interventioissa potilaat auttavat varmistamaan, että hoito toteutuu suunnitelman mukaisesti esimerkiksi oikean lääkkeen tuominen oikeaan aikaan. Järjestelmään liittyvissä interventioissa potilaat osallistuvat turvallisen terveydenhuolto-järjestelmän kehittämiseen esimerkiksi olemalla mukana terveydenhuollon organisaation potilasturvallisuusneuvostoissa. (Angood ym., 2010; Hall ym., 2010; Holme, 2009; Jorm ym., 2009.)

Potilaan osallistumiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Longtin kollegoineen (2010) on tehnyt potilaiden osallistumisesta käsitteellisen mallin, jonka pohjalta tämä tutkimus käsittelee potilaan osallistumista haittatapahtumien ehkäisyyn (kuvio 2.)



Kuvio 2. Potilaan osallistumiseen vaikuttavat tekijät (Longtin ym., 2010).

Siitä, mikä olisi paras interventio ottaa potilaat mukaan missäkin terveydenhuollon ympäristössä, on vielä paljon epäselvyyttä (King ym., 2010). Samoin eri interventioiden vaikuttavuudesta on tietoa vielä liian vähän. (Hall ym., 2010; Johnstone & Kanitsaki, 2009; Peat ym., 2010.) Potilaiden mukaan ottaminen onnistuneesti kuitenkin edellyttää sitä, että sitä arvostetaan ja tuetaan (Coulter & Ellins, 2007; Davis ym., 2011; Longtin ym., 2010). Lisäksi se vaatii potilaiden terveydenlukutaidon kehittämistä, kulttuurista muutosta sekä henkilöstön kykyä asettua potilaan asemaan (Longtin ym., 2010; Schwappach, 2010).

Hoitohenkilökuntaan liittyvät tekijät

Hoitotyöntekijöiden uskomuksilla, asenteilla ja käyttäytymisellä on suuri vaikutus siihen, miten potilaat osallistuvat omaan hoitoonsa. On esitetty, että hoitotyöntekijöiden on vaikea muuttaa hoitokäytäntöjään niin, että ne tukisivat paremmin potilaan aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Potilaaseen ei luoteta päätöksenteossa ja lääkärit ovat haluttomia rohkaisemaan potilaita osallistumaan hoitoonsa, koska pelkäävät kontrollin ja lääkärin identiteetin menettämistä. (Longtin ym., 2010.) Terve-

denhuollon hierarkkiset struktuurit, aikapaine, totutut tavat ja lääkärin valta-asema vaikeuttavat varsinkin iäkkäiden potilaiden ja heidän omaisiensa osallistumista hoitoon (Pennbrandt, 2009).

Hoitava henkilökunta voi vähentää potilaiden mahdollisuutta osallistua, esimerkiksi kyselemällä asioista niin, että potilas vastaa kyllä tai ei, jolloin potilas joutuu alistetuksi ja varsinaista keskustelua ei pääse syntymään (Longtin ym., 2010). Lisäksi hoitohenkilökunta voi käyttää ammattislangia, jota potilaat eivät ymmärrä (Hovey ym., 2010; Longtin ym., 2010; Walrath ym., 2008, Pennbrandt, 2009). Hoitava henkilökunta voi käyttää myös hyväksi auktoriteettiaan kehottamalla tai käskemällä potilaita esimerkiksi tekemään jotain tai toimimaan jollakin tietyllä tavalla (Longtin ym., 2010). Hoitohenkilökunnalla on myös osaksi liian kiire ottaa potilaita mukaan hoitoon ja siihen liittyvään päätöksentekoon (Longtin ym., 2010; Walrath ym., 2008).

Jotta potilaat voisivat osallistua enemmän hoitoonsa ja ottaa osallistuvan roolin, tarvitsevat he siihen hoitohenkilökunnan tukea ja kannustusta (Davis ym., 2007; Coulter & Ellins, 2007). Hoitohenkilökunnan tulee siis kannustaa potilaita ja vastata heidän tarpeisiinsa potilaiden näkökulmasta käsin (Angood ym., 2010; Davis ym., 2007). Näin ollen hoitohenkilökunta on hyvin tärkeässä asemassa potilaiden voimaannuttamisessa heidän omassa hoidossaan sekä turvallisuudessaan (Davis ym., 2007; Schwappach, 2010).

Potilaisiin liittyvät tekijät

Historiallisesti katsottuna potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen suhde on ollut paternalistinen, joka on tarkoittanut sitä, että vain ammattilaiset saavat tehdä diagnooseja ja hoitaa sairauksia. Viimekädessä myös kaikki päätöksenteko on nojautunut terveydenhuollon ammattilaisten tietoon ja taitoon, jolloin heistä on tullut potilaiden puolestapuhujia ja suojelijoita. Tämä on puolestaan johtanut siihen, että potilaasta on tullut hoidon vastaanottaja. (Johnstone & Kalitsaki, 2009; Leino-Kilpi, 2008; Longtin ym., 2010.)

Nykyään korostetaan kuitenkin potilaan aktiivista roolia omassa hoidossaan. Esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) korostaa, että ”*potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan*”. Potilaat eivät kuitenkaan aina ole halukkaita muuttamaan potilaan perinteistä roolia, niin että kyselisivät hoitohenkilökunnalta heidän

päätöksistään, vaikka olisivatkin sitä mieltä, että sillä voitaisiin estää haittatapahtumia syntymästä (Hibbard ym., 2005; Walrath ym., 2008). Osa potilaista myös haluaa pitää roolinsa passiivisena omaa hoitoansa koskevassa päätöksen teossa ja jättää näin päätöksenteon lääkäreille (Wilkinson ym., 2008).

Tutkimusten mukaan potilaat suhtautuvat yleisellä tasolla hyvin positiivisesti potilasturvallisuuteen ja sen edistämiseen (Hovey ym., 2010; Waterman ym., 2006; Schwappach, 2010). Suurin osa potilaista (91 %) (n=2078) on sitä mieltä, että he voivat auttaa virheiden ehkäisyssä. He kaipaavat potilaan aktiivista roolia haittatapahtumien ehkäisyssä. Lähes kaikki (98 %, n=2078) potilaista toivookin, että sairaaloissa opetettaisiin, miten he itse voisivat ehkäistä virheiden syntymistä. (Waterman ym., 2006.) Lisäksi potilaat kokivat kiitollisuutta, kun heidät huomioidaan ja otetaan mukaan potilasturvallisuuden parantamiseen (Bittle & LaMarche, 2009; Peat ym., 2010).

Potilaiden halukkuuteen osallistua haittatapahtumien ehkäisyyn vaikuttavat useat asiat (Davis ym., 2007; Davis ym., 2008; Davis ym., 2011; Longtin ym., 2010; Schwappach, 2010; Walrath ym., 2008; Waterman ym., 2005; Weingart ym., 2004). Osa niistä liittyy potilaisiin itseensä, osa sairauteen ja osa terveydenhuollon ympäristöön (Davis ym., 2007; Schwappach, 2010). Potilaiden demografiset ominaisuudet vaikuttavat osallistumishalukkuuteen niin, että nuoret potilaat haluavat osallistua enemmän vanhempiin potilaisiin verrattuna, naiset haluavat aktiivisempaa roolia miehiin verrattuna ja korkeasti koulutetut potilaat sitoutuvat enemmän kuin vähemmän koulutetut potilaat (Davis ym., 2007; Davis ym., 2008; Longtin ym., 2010; Schwappach, 2010).

Siihen, miten halukkaita potilaat ovat esittämään hoitohenkilökunnalle kysymyksiä, vaikuttaa kysymyksen sisältö, se kenelle kysymys on kohdistettu ja onko potilaita kehoitettu kysymään kysymyksiä liittyen heidän hoitoonsa (Davis ym., 2011; Walrath ym., 2008). Tavalliset asiakysymykset, kuten kotiutusajankohdan selvittäminen (Walrath ym., 2008), lääkityksen tarkoituksesta ja yleensäkin lääkeshoidosta kysyminen, oli potilaista helppoa kaikilta hoitohenkilökunnan jäseniltä. Sen sijaan haastavien kysymysten tekeminen, kuten käsien pesusta kysyminen, tuotti potilaille vaikeuksia. (Davis ym., 2008; Davis ym., 2011; Peat ym., 2010; Marella ym., 2007; Walrath ym., 2008; Waterman ym., 2006.) Sellaiset potilaat, jotka tunsivat vaivattomaksi kysyä henkilökunnalta käsienpesusta, tekivät sen

myös käytännössä kuusi kertaa todennäköisemmin kuin ne potilaat, jotka kokivat kysymisen vaikeaksi (Hibbard ym., 2005; Schwappach, 2010). Potilaat kyselevät mieluummin haastavia kysymyksiä hoitajilta kuin lääkäreiltä. Sen sijaan lääkärien kehottaessa potilaita kysymään haasteellisia kysymyksiä niin hoitajilta kuin lääkäreiltäkin, kokivat potilaat niiden kysymisen paljon helpommaksi kehotuksen jälkeen. (Davis ym., 2011; Schwappach, 2010.) Myös potilaiden potilasturvallisuudesta saama tieto kannusti potilaita osallistumaan. Esimerkiksi tutustuminen potilasturvallisuuteen videon avulla paransi potilaiden osallistumishalukkuutta sekä halukkuutta keskustella hoitohenkilökunnan kanssa mieltä painavista asioista. (Anthony ym., 2003.)

Sellaiset potilaat, jotka kokivat virheiden ennaltaehkäisyn merkittäväksi asiaksi, auttoivat myös omilla toimillaan virheiden ehkäisemisessä todennäköisemmin kuin muut potilaat (Schwappach, 2010; Waterman ym., 2006). Jos potilailla on tietoa haittatapahtumista jo entuudestaan tai jos heidän perheenjäsen on ollut sairaalassa viimeisen vuoden aikana, ovat he kykeneväisempiä ottamaan osaa haittatapahtumien ehkäisyyn. Myös sellaiset potilaat, jotka olivat joutuneet itse tai tunsivat sellaisen henkilön, joka oli joutunut kohtaamaan lääkitysvirheitä, sitoutuivat ennaltaehkäiseviin toimiin paremmin. (Schwappach, 2010.) Vaikka potilaat pitävät luontevana sitä, että he auttavat henkilökuntaa merkkamaan leikkauspuolen, vain alle viidennes potilaista kuitenkin tekee niin käytännössä (Schwappach, 2010; Waterman ym., 2006).

Potilaiden osallistumiseen vaikuttaa myös se, miten sairauden oireet ilmenevät, miten ne vaikuttavat toimintakuntoon, millainen hoitosuunnitelma hänelle on tehty ja miten se mahdollistaa hoitoon osallistumisen. Potilaat, joilla on vähemmän vakavia oireita ottavat aktiivisemman roolin omassa hoidossaan verrattuna niihin, jotka kärsivät vakavimmista oireista. (Davis ym., 2007; Longtin ym., 2010.) Jos potilas oli kohdannut itse tai sivusta seurannut vaaratilannetta, vaikutti se osallistumiseen niin, että hän todennäköisemmin osallistuu enemmän oman hoitonsa turvallisuusasioihin tulevaisuudessa (Davis ym., 2007). Lisäksi potilaat ovat halukkaampia osallistumaan sellaisiin päätöksiin, jotka ovat suuria ja itselle tärkeitä, kuten ohitusleikkaukseen suostumiseen. Sen sijaan pieniin päätöksiin, kuten vuodelevosta päättämiseen, potilaat eivät ole niin halukkaita osallistumaan. (Longtin ym., 2010.)

Kysyttäessä potilailta, kuinka paljon he luottavat omaan tietämykseensä ja tarkkaavaisuuteensa virheiden ehkäisemisessä, hieman yli puolet koki (52 %, n=195), että heillä oli kohdalainen luottamus omiin kykyihin, noin joka neljäs (27 %) ilmoitti luottavansa paljon omiin kykyihinsä ja noin joka viidennellä (21 %) oli huono luottamus omiin kykyihinsä virheiden ehkäisyssä. Tätä luottamusta omiin kykyihin ei selittänyt omakohtainen kokemus virheistä eikä niiden määrä, kuten ei myöskään sukupuoli tai koulutus. Sen sijaan se, että potilailla oli ollut perheenjäsen viimeisen vuoden aikana sairaalassa sekä se, että potilaat olivat lukeneet potilasturvallisuudesta, selitti korkeaa luottamusta omiin kykyihin. Myös tutkimukseen osallistuminen nosti luottamusta omiin kykyihin virheiden ehkäisyssä. (Hibbard ym., 2005.) Potilaan luottamus omiin kykyihinsä virheiden ehkäisemisessä oli yhteydessä positiivisesti myös siihen, miten he noudattivat suosituksia ja ryhtyivät ennalta ehkäiseviin toimiin. Potilaat, joilla oli korkea luottamus omiin kykyihinsä, ryhtyivät todennäköisemmin myös sellaisiin ennaltaehkäiseviin toimiin, jotka vaativat uutta (hoitopaikan valitseminen vähiten virheitä tapahtuvassa sairaalassa) tai epämiellyttävää käytöstä (käsienspesusta kysyminen). (Hibbard ym., 2005.)

2.5 Potilasturvallisuusmateriaalit potilaiden näkökulmasta

Yhdysvalloissa potilaille suunnattuja potilasturvallisuussuosituksia on nykyään saatavilla paljon. Niitä ovat laatineet muun muassa. U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Food and Drug Administration (FDA), Veterans Administration National Center for Patient Safety (NCPS), Institute of Medicine (IOM), National Patient Safety Foundation (NPSF). (Weingart ym., 2009.) Suomessa varsinaisia potilasturvallisuussuosituksia ei vielä ole. Sen sijaan potilaille kohdistettua potilasturvallisuusaineistoa on jonkin verran saatavissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut internet sivuillaan potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän laatiman potilaan käsikirjan, jossa annetaan potilaille tietoa yleensäkin potilasturvallisuudesta ja siitä, miten potilaat itse voivat edistää potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön internet sivuilla on myös potilaiden käytettävissä potilasturvallisuuden muistilista, jossa on tiiviisti kerrottu, mitä heidän pitäisi huomioida esimerkiksi sairaalaan mentäessä tai heidän siellä ollessaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009.)

Potilasturvallisuusohjeistukset sisältävät usein ohjeita, joissa korostetaan potilaan roolia virheiden ja haittojen ehkäisyssä (Entwistle ym., 2005). Suurin osa potilaille kohdistetuista potilasturvallisuussuosituksista käsittelee lääkitysturvallisuutta ja turvallista lääkkeiden käyttöä. Niissä potilasta kehoitetaan kuljettamaan mukanaan ajantasaista lääkekorttia, kysymään henkilökunnalta lääkkeisiin liittyviä kysymyksiä, noudattamaan annettuja ohjeita ja säilyttämään lääkkeitä kotona oikein. (Entwistle ym., 2005; Weingart ym., 2009.) Potilasturvallisuussuosituksissa neuvotaan usein potilaita myös siinä, miten valmistautua tulevaan sairaalassaoloon tai leikkaukseen. Pieni osa suosituksista tarjoaa potilaille yleistä tietoa, kuten esimerkiksi omaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon osallistumisesta, kommunikaation tärkeydestä ja tarkkaavaisuudesta. (Weingart ym., 2009.)

Potilasturvallisuussuositusten tarkoituksena on kannustaa potilaita osallistumaan potilasturvallisuuden parantamiseen ja sen kehittämiseen. Tutkittaessa näitä ohjeita on kuitenkin huomattu, että niiden taso, tehokkuus ja potilaan huomioiminen niiden tekemisessä ja kehittämässä vaihtelevat hyvin paljon. (Entwistle ym., 2005.) Kaikkia kansainvälisiä potilasturvallisuussuosituksia ei ole tehty potilaiden näkökulmasta, eikä niissä ole myöskään otettu huomioon kulttuurisia eroja. Usein näitä potilasturvallisuusohjeistuksia ei myöskään ole testattu käytännössä ennen niiden levittämistä julkisesti. Suositukset eivät myöskään sisällä paljoa käytännön tietoa potilaille haittatapahtumien ehkäisystä, eivätkä ne kerro potilaille sitä, että heidän tulisi raportoida kohtaamistaan virheistä henkilökunnalle, jolloin voitaisiin ehkäistä virheiden tapahtuminen muille potilaille. (Entwistle ym., 2005; Schwappach, 2010.)

Potilaiden näkökulmasta erilaisten potilasturvallisuussuositusten vaikuttavuutta on tutkittu vähän (Schwappach, 2010). Kysyttäessä potilailta mitkä potilasturvallisuussuosituksiset ovat vaikuttavimpia virheiden ehkäisyssä, parhaiksi nousivat sellaiset suositukset, jotka olivat jo potilaille tuttuja entuudestaan. Myös sellaiset suositukset, jotka vahvistivat potilaan perinteistä roolia, koettiin helposti noudatettaviksi. Tällaisia olivat esimerkiksi leikkaavan lääkärin valitseminen hänen kokemuksensa mukaan (Hibbard ym., 2005), kaikista käytössä olevista reseptilääkkeistä kertominen hoitavalle lääkärille (Hibbard ym., 2005; Weingart ym., 2009) sekä potilastietojen ja lääkityksen oikeellisuuden vahvistaminen lääkärille tai hoitajalle (Hibbard ym., 2005; Schwappach, 2010).

Vähiten tehokkaimmiksi suosituksiksi potilaat arvioivat sellaiset suositukset, jotka olivat heille vähemmän tuttuja. Tällaisia olivat esimerkiksi lääkäriltä kysyminen siitä, missä sairaalassa tapahtuu vähiten virheitä tai hoitopaikan valitseminen sen mukaan, missä on käytössä sellainen tietokonejärjestelmä, josta saa potilaan senhetkisen lääkityksen ja lääkityshistorian. (Hibbard ym., 2005; Schwappach, 2010.) Kaikista matalin todennäköisyys potilaiden toimimiselle oli sellaisissa suosituksissa, jotka vaativat potilaalta haastavien kysymysten esittämistä hoitohenkilökunnalle. Näitä oli muun muassa henkilökunnalta käsienspesusta kysyminen joka myös arvioitiin vähiten toteuttamiskelpoiseksi suositukseksi. (Davis ym., 2008; Schwappach, 2010; Weingart ym., 2009.) Hibbardin ym. (2005) tutkimuksen mukaan potilaat ovat haluttomia murtamaan potilaan perinteistä roolia kysymällä henkilökunnalta heidän päätöksistään tai käsienspesusta, vaikka olivatkin sitä mieltä, että ne olisivat tehokkaita keinoja välttää virheiden syntymistä. Sellaiset suositukset, jotka potilaat näkevät tehokkaina keinoina estää virheitä syntymästä, mutta jotka vaativat uutta tai epämiellyttävää käytöstä, olivat potilaiden mielestä vähiten toteuttamiskelpoisia. (Hibbard ym., 2005.)

Entwistle ym. (2005) mukaan potilasturvallisuusohjeet voivat aiheuttaa potilaille myös negatiivisia tunteita. Ohjeissa annettu tieto voi hermostuttaa potilaita ja heikentää potilaiden luottamusta terveydenhuollon henkilökuntaan. Kaikki suositukset eivät myöskään ole toteutettavissa ilman, että potilas kokee itsensä syylliseksi oman turvallisuutensa laiminlyöntiin. Näin esimerkiksi siinä tapauksessa, että potilas on liian sairas jaksakseen kysyä omasta hoidostaan ja näin ollen ei pysty ”valvomaan” omaa turvallisuuttaan potilasturvallisuusohjeiden mukaan. On myös nostettu esille se, että potilasturvallisuusohjeet saattavat vääristää kuvaa eri toimijoiden vastuista ja nimenomaan niin, että vastuu turvallisuudesta siirtyisi enemmän potilaalle. (Entwistle ym., 2005.)

2.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Tässä tutkimuksessa potilasturvallisuus nähdään osana terveyden- ja sairaanhoidon laatua. Se sisältää kaikki ne periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan potilaan turvallinen ja laadukas hoito. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että hänen hoitonsa toteutetaan oikealla tavalla, oikeaan aikaan ja siten, ettei siitä koidu hänelle tarpeetonta haittaa.

Tässä tutkimuksessa potilaan näkökulma potilasturvallisuuteen (kuvio 3) muodostuu kolmesta alueesta; potilaan kokemuksista laite-, hoito-, ja lääkehoidon turvallisuudesta, potilaan kokemuksista potilasturvallisuuden edistämiseen osallistumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä potilaiden kokemuksista potilasturvallisuussuosituksista.

1) Potilaan kokemuksista laite-, hoito-, ja lääkehoidon turvallisuudesta. Laiteturvallisuuteen liittyvää tutkimusta on tehty potilaan näkökulmasta erittäin vähän. Potilaat haluavat tietää laitteiden toiminnasta sekä siitä, että heitä aiotaan hoitaa niiden avulla. Tutkimuksen mukaan tässä asiassa on kuitenkin puutteita ja potilaan ohjaus jää usein vaillinaiseksi. Tämä näkyy useimmiten potilaiden kivuliaisuutena sekä heidän turvattomuuden tunteinaan. Hoidon turvallisuuteen liittyvissä asioissa potilaat tunnistavat haitta-, ja läheltä piti - tapahtumia hyvin. Useimmiten ne liittyivät lääkärin ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen, potilaan omaan hoitoon ja päätöksentekoon osallistumiseen, hoidon jatkuvuuteen ja hoitoon pääsyyn. Myös kommunikaatio-ongelmat ja erilaiset infektiot aiheuttavat haittatapahtumaraportteja. Lääkehoidon turvallisuuteen liittyen potilaat raportoivat riittämättömästä ja puutteellisesta kivunhoidosta ja erilaisista lääkityksiin liittyvistä ongelmista, kuten lääkkeen saannin viivästymisestä tai puutteellisesta ohjauksesta. Haittatapahtumat aiheuttivat potilaille eniten psyykkistä haittaa, kuten vihan, turhautumisen ja aliarvioiduksi tulemisen tunteita. Fyysisenä hättänä oli useimmiten kipu ja taloudellisina haittoina rahallisten kulu- jen lisääntyminen sekä työajan menettäminen.

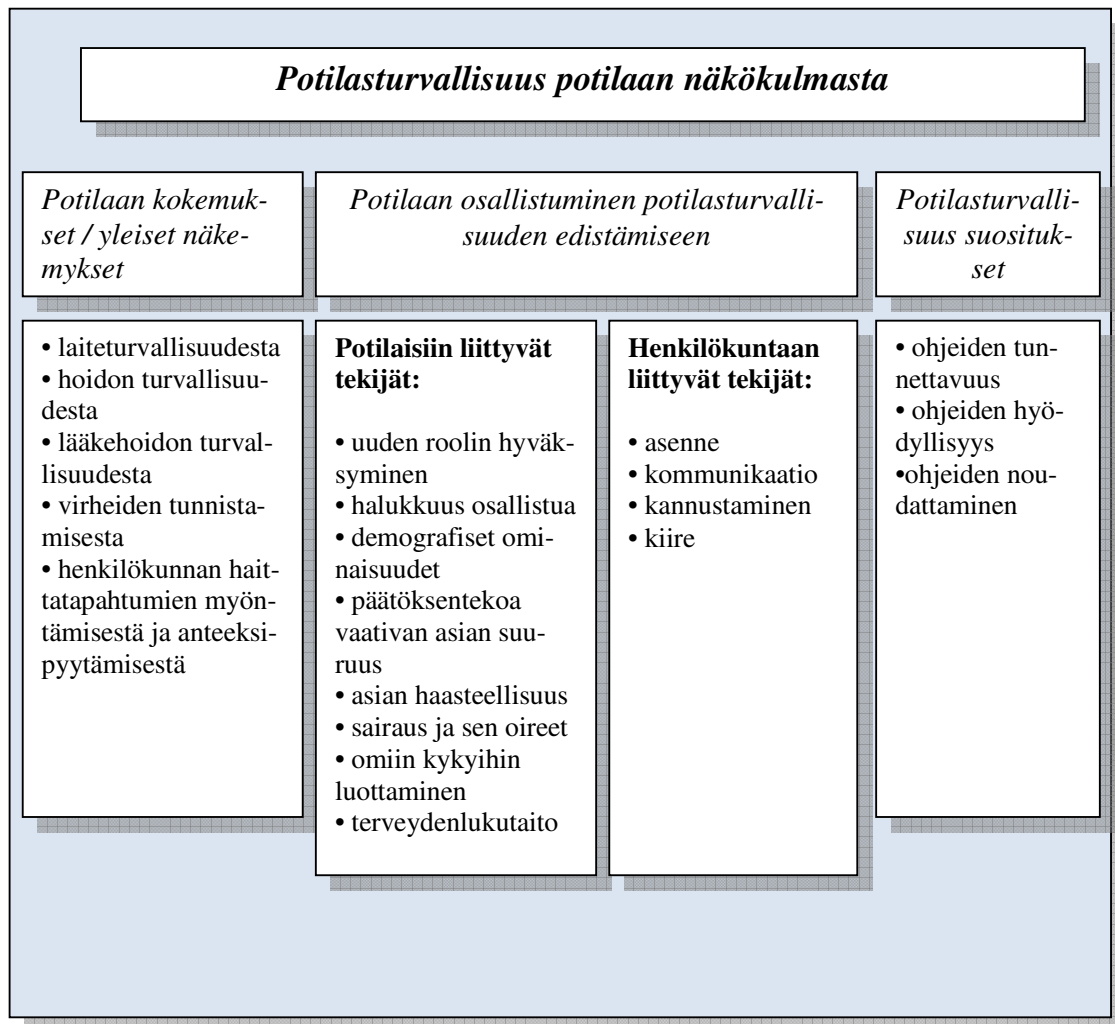
2) Potilaan kokemukset potilasturvallisuuden edistämiseen osallistumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Potilaan osallistumisesta omaan hoitoon ja sitä kautta potilasturvallisuuden edistämiseen on useita eri näkökulmia. Siinä nähdään toisaalta paljon hyötyjä, esimerkiksi potilaan ja lääkärin välinen suhteen vahvistuu, potilas saa omaa vastuuta, päätöksentekoprosessi paranee ja myös kroonisten sairauksien hoito paranee. Toisaalta potilaan mukaanoton on todettu lisäävän potilaan ja henkilökunnan välistä jännitteisyyttä ja siirtävän vastuuta turvallisuudesta liikaa potilaalle ja näin vaikeuttavan potilaan asemaa. Myös potilaiden haittatapahtumien tunnistamiseen liittyvää luotettavuutta on kyseenalaistettu.

Potilaiden osallistumiseen on todettu vaikuttavan useiden eri tekijöiden. Osa niistä liittyy potilaisiin itseensä ja osa hoitavaan henkilökuntaan. Potilaat itse suhtautuvat potilasturvallisuuteen ja siihen osallistumiseen hyvin myönteisesti ja toivovat, että heitä opetettaisiin,

miten he voisivat ehkäistä omalta osaltaan virheiden syntymistä. Heidän halukkuuteensa osallistua vaikuttavat demografisten ominaisuuksien lisäksi esimerkiksi kysyttävän asian sisältö, sen haasteellisuus sekä se, kenelle se on kohdistettu. Myös potilaan sairaus ja sen tila sekä potilaan luottamus omiin kykyihin vaikuttaa osallistumiseen.

Hoitavan henkilökunnan uskomuksilla, asenteilla ja käyttäytymisellä on suuri vaikutus siihen, miten potilaat osallistuvat omaan hoitoonsa. Tutkimusten mukaan hoitavan henkilökunnan on kuitenkin vaikea muuttaa hoitokäytäntöjään niin, että ne mahdollistaisivat paremmin potilaan mukaan ottamisen. Aikapaine, terveydenhuollon hierarkkiset rakenteet ja totutut tavat vaikeuttavat potilaiden osallistumista. Jotta potilaat voisivat osallistua enemmän, tarvitsevat he siihen hoitavan henkilökunnan tukea, rohkaisua ja kannustusta.

3) *Potilaiden kokemukset potilasturvallisuussuosituksista.* Kansainväliset potilasturvallisuussuosituksiset korostavat usein potilaiden aktiivista roolia haittatapahtumien ehkäisyssä ja niiden tarkoituksena on kannustaa potilaita osallistumaan potilasturvallisuuden parantamiseen ja sen kehittämiseen. Kaikkia niitä ei ole kuitenkaan tehty potilaan näkökulmasta eikä niissä ole otettu huomioon kulttuurisia eroja. Suomessa varsinaisia potilasturvallisuussuosituksia ei vielä ole, mutta potilaille suunnattua potilasturvallisuus aineistoa on jo jonkin verran saatavilla. Tutkimusten mukaan potilaat arvioivat eniten noudattamiskelpoisiksi sellaiset suositukset, jotka olivat heille entuudestaan tuttuja ja jotka vahvistivat potilaan perinteistä roolia terveydenhuollossa. Vähiten noudattamiskelpoisiksi suosituksiksi potilaat arvioivat sellaiset, jotka vaativat potilaalta haastavien kysymysten esittämistä hoitohenkilökunnalle.



KUVIO 3. Potilaiden näkökulma potilasturvallisuuteen.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta yleensä sekä sitä, millaisena potilaat kokevat potilasturvallisuuden eri osa-alueet viimeisimmällä hoitajaksolla. Tutkimuksen tavoitteena on luoda kirjallisuudesta saadun tiedon ja aikaisemman tutkimuksen perusteella mittari, jonka avulla voidaan tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta potilaan näkökulmasta.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millaisia näkemyksiä potilailla on potilasturvallisuudesta yleensä ja miten heidän taustatekijänsä (ikä, sukupuoli, koulutus, hoitopaikka, sattuneet haittatapahtumat) ovat yhteydessä näihin näkemyksiin?
2. Millaiseksi potilaat kokevat potilasturvallisuuden eri osa-alueet (laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus, potilaan osallistuminen) viimeisimmällä hoitajaksolla ja miten heidän taustatekijänsä (ikä, sukupuoli, koulutus, hoitopaikka, sattuneet haittatapahtumat) ovat yhteydessä näihin kokemuksiin?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista tutkimusmetodologiaa ja tutkimus on survey-tutkimus. Tutkimusmenetelmäksi valittiin survey-tutkimus, koska tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla potilaiden kokemuksia ja yleisiä mielipiteitä potilasturvallisuudesta ja siihen osallistumisesta. Kyselytutkimuksen etuna olivat suurehkon otoskoon ja laajan kysymysmäärän mahdollistuminen. Valmiit vastausvaihtoehdot olivat helppoja vastaajille ja kysely oli edullinen tapa hankkia aineistoa. Laajahko kyselyaineisto mahdollisti myös tilastolliset analyysimenetelmät, jotka kuvataan tarkemmin luvussa 4.3. (Polit & Beck, 2010; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.)

4.1 PAPT kysely

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake on kehitetty tätä tutkimusta varten systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, muun ajankohtaisen relevantin kirjallisuuden ja potilasturvallisuus asiantuntijoiden kommenttien pohjalta potilasturvallisuuskulttuuri hankkeen tutkimusryhmässä.

Kyselylomakkeen arvioijiksi valittiin potilasjärjestön edustaja, erään sairaanhoitopiirin lautapäällikkö, erään sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja sekä Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto (VeTe) -hankkeen edustaja. Asiantuntijoita pyydettiin ensisijaisesti kiinnittämään huomiota väittämien sisältöön, loogisuuteen ja ymmärrettävyyteen sekä vastausohjeiden selkeyteen (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2010.) Kaikilta neljältä asiantuntijalta saatiin palaute. Palautteiden perusteella mittariin lisättiin neljä väittämää ja poistettiin kaksi väittämää. Lisäksi muutaman väittämän kohdalla tarkennettiin hiukan sanamuotoa.

Lisäksi kyselylomake esiteltiin viidellä sairaalan sisätautien vuodeosaston potilaalla. Potilaita pyydettiin kiinnittämään huomiota väittämien ja vastausohjeiden selvyyteen, vastausvaihtoehtojen määrään ja loogisuuteen sekä lomakkeen käytön helppouteen (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2010.) Potilaille annettiin mahdollisuus antaa palaute joko kirjallisesti tai suullisesti. Kaikilta potilailta saatiin suullinen palaute. Potilaat pitivät lomaketta ymmärrettävänä ja selkeänä, mutta hieman pitkähkönä.

PAPT kyselylomake sisältää viisi taustatietokysymystä: hoitopaikka, sukupuoli, ikä, koulutus, ammattiryhmä ja sattuneet virheet. Lisäksi lomakkeessa on 49 Likert -asteikollista väittämää (muuttujaluettelo; liitetaulukko 2), jossa potilaat arvioivat omia käsityksiään väittämistä. Likert -asteikon on todettu soveltuvan hyvin asenne- ja motivaatio mittareihin, joissa tutkimukseen osallistujat arvioivat omaa käsitystään väitteen sisällöstä. (Metsämuuronen, 2007; Polit & Beck, 2010; Valli, 2007.) Väittämät ovat viisiportaisia: 1= täysin eri mieltä, 2= jokseenkin eri mieltä, 3= jokseenkin samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä, 5= ei koskenut hoitojaksoani (väittämissä 6–26) ja 5= en osaa sanoa (väittämissä 27–53). En osaa sanoa -vastausvaihto oli siksi, että vastaajille haluttiin tarjota epävarmuutta ilmaiseva vaihtoehto. Oletuksena oli, että osa vastaajista olisi jättänyt vastaamatta kysymyksen, ilman en osaa sanoa -vastausvaihtoehtoa. (Burns & Grove, 2005.)

Strukturoitujen kysymysten lisäksi potilaan omien näkemysten ilmaiseminen mahdollistettiin kahden avoimen kysymyksen avulla. Kyselylomake on jaettu kahteen osaan; ensimmäisessä osassa potilaat arvioivat potilasturvallisuutta juuri päättyneestä hoitojaksosta (väittämät 6–26, 60) ja toisessa osassa he arvioivat yleisiä käsityksiään potilasturvallisuudesta (väittämät 27–54).

4.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat sekä perustason erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon potilaat. Tutkimukseen osallistujat olivat erään sosiaali- ja terveystayhtymän sairaalan sisätautien- ja operatiivisen vuodeosaston ja päiväkirurgian yksikön sekä kolmen terveyskeskuksen vuodeosastoilta kotiutuvia potilaita. Tutkimukseen osallistujan tuli olla vähintään 18-vuotias ja hänen terveydentilansa tuli olla sellainen, että hän kykeni itse täyttämään kyselylomakkeen. Osastoille annetuissa ohjeistuksissa kerrottiin, että omainen voi olla potilaan kanssa täyttämässä kyselyä, mutta että kyselyssä haettiin potilaiden näkemyksiä, ei omaisten.

Potilaat saivat kyselylomakkeet osastoilta kotiutuessaan kyseisen osaston hoitajalta. Ennen kyselyn suorittamista tutkimusryhmän toimesta käytiin jokaisessa yksikössä kertomassa tutkimuksesta ja ohjeistamassa sekä kannustamassa henkilökuntaa kyselylomakkeiden jakamisessa. Potilaan saama kyselylomake oli kirjekuoressa, jossa oli myös postimerkein

varustettu vastauskuori valmiina. Kyselyn mukana oli myös saatekirje, jossa potilaalle kerrottiin tutkimuksesta sekä siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Kyselyyn vastaamiseen potilailla oli aikaa kaksi viikkoa. He palauttivat kyselylomakkeet postitse hoitotieteen laitokselle Itä-Suomen yliopistoon.

Ennen otoskoon lopullista päättämistä oltiin yhteydessä jokaisen yksikön osastonhoitajaan ja tiedusteltiin keskimääräistä kotiutuvien potilaiden määrää yksikössä. Tämän perusteella päätettiin, että kyselylomake annetaan 400 kotiutuvalle potilaalle. Niiden jakamiseen arviointiin kuluva kotiutuvien potilaiden määrän perusteella noin kuukausi. Otoskoon määrään vaikutti myös se, että kyselytutkimuksissa vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi, noin 30–50 %. Näin ollen tutkimukseen osallistuneita olisi vastausprosentin jäädessä em. lukuihin kuitenkin riittävästi tilastollisiin analyyseihin. (Burns & Grove, 2005; Valli, 2007.)

Aineiston luotettavuuteen, ohjeistuksen antamisen lisäksi, pyrittiin vaikuttamaan pitämällä yhteyttä osastoihin säännöllisin väliajoin. Tällä pyrittiin motivoimaan henkilökuntaa kertomaan tutkimukseen osallistujille kyselyyn vastaamisen tärkeydestä. Yhteydessä oltiin joko osastonhoitajaan tai kyselyiden jakamisesta vastaavaan sairaanhoitajaan. Jokaisella kerralla heitä kannustettiin aktiiviseen kyselyiden jakamiseen. Osassa tutkimusyksiköistä oli vaikeuksia jakaa kyselyitä, koska sillä hetkellä osastoilla oli paljon muistamattomia ja sekavia vanhuksia, joille kyselyä ei voinut antaa tutkimuksen poissulkukriteerien vuoksi. Edellä mainitun syyn vuoksi kyselyjen jakaminen päätettiin lopettaa terveyskeskuksissa suunniteltua aikaisemmin.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 368 potilaista, joista kyselyyn vastasi 175 potilasta. Näin ollen tutkimuksen kokonaisvastausprosentiksi muodostui 47,6 %. (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneet yksiköittäin (n, %).

Työyksikkö	Annettujen kyselylomakkeiden määrä (kpl)	Vastausprosentti (%)
Sairaalan vuodeosastot	186	20,4
Sairaalan päiväkirurgian yksikkö	140	21,7
Terveyskeskuksien vuodeosastot	42	3,3
Puuttuva tieto		2,2
Yhteensä	368 kpl	47,6

Tutkimuslupaa varten haettiin tutkimukselle Itä-Suomen tutkimuseettiseltä toimikunnalta tutkimuksen ennakkoarviointi ja puoltava lausunto saatiin maaliskuun 2011 alussa. Tutkimuslupa anottiin ja saatiin tutkimuksen kohteena olevasta sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta.

4.3 Aineiston analyysi

Vastaukset tallennettiin SPSS 17.0 for Windows ohjelmaan ja analysoitiin kvantitatiivisin menetelmin. Aineiston tarkastelu aloitettiin numeroimalla kyselylomakkeet, tarkistamalla saatu aineisto ja laskemalla vastausprosentit. Aineistosta ajettiin ensin suorat jakaumat, joiden perusteella tarkasteltiin tallennusten oikeellisuutta ja saatiin kuvattua tutkimusjoukkoa, vastausten jakautumista sekä mahdollisia puuttuvia tietoja. Suorien frekvenssijakaumien avulla tarkasteltiin havaintojen jakautumista tarkasti eri kysymysten kohdalla (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Metsämuuronen, 2007.) Yksi lomake jouduttiin hylkäämään kokonaan, koska kyselyyn vastannut potilas oli 16 -vuotias ja tutkimuksen kriteerinä oli, että vastaajan tulee olla vähintään 18 -vuotias.

Muuttujien välisiä riippuvuuksia testattiin korrelaatiokertoimilla sekä ristiintaulukoinnilla. Khiin neliötestin edellytyksenä on, että jokaisessa solussa frekvenssin on oltava yli 1 ja että kuhunkin soluun tulee vähintään viisi havaintoa tai alle viiden olevia soluja on korkeintaan 20 % aineistosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Metsämuuronen, 2007.) Ristiintaulukointia varten kyselylomakkeen muuttujien luokkia yhdisteltiin. Muuttujien luokat ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä” yhdistettiin luokaksi ”samaa mieltä” sekä luokat ”jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä” yhdistettiin luokaksi ”eri mieltä”. Väittämien luokka ”en osaa sanoa” huomioitiin omana luokkana. Potilaiden kokemuksia mittaavassa osiossa ollut vastausvaihtoehto ”ei koskenut hoitojaksoani” jätettiin pois analyyseistä.

Khiin-neliötestin edellytysten vaatimat muuttujien frekvenssit jäivät lähes kaikkien muuttujien kohdalla liian pieniksi, vaikka muuttujien luokkia yhdisteltiin. Tällöin merkitsevyystason varmistamiseksi käytettiin Fisherin tarkan todennäköisyyden testiä.

Riippuvuuden merkitsevyystasoa tarkasteltiin p-arvon avulla, joka kertoo, kuinka suuri riski on riippuvuuden johtua sattumasta (Metsämuuronen, 2007). Tässä tutkimuksessa käytettiin merkitsevyystasoina

$p < 0,001$, jolloin tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä
 $0,001 < p < 0,01$, jolloin tulos on tilastollisesti merkitsevä
 $0,01 < p < 0,05$, jolloin tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä

Potilaiden yleisiä näkemyksiä potilasturvallisuudesta mittaavalle osiolle tehtiin pääkomponenttianalyysi, jonka avulla tiivistettiin mitattujen muuttujien informaatiota muutamaaan keskeiseen pääkomponenttiin. Sen tarkoituksena oli selvittää muuttujien välisiä yhteyksiä ja tunnistaa mitkä muuttujat tai käsitteet kuuluivat yhteen ja näin ollen vähentää myös muuttujien määrää. (Metsämuuronen, 2007; Polit & Beck, 2010). Ensin laskettiin muuttujien korrelaatiomatriisi. Korrelaatioiden todettiin olevan yli 0.30, paitsi kahden muuttujan kohdalla (muuttujat 28 ja 38), joita ei otettu mukaan pääkomponenttianalyysiin. Myös muuttujat 39 ja 42 jätettiin pääkomponenttianalyysin ulkopuolelle, koska laskettaessa cronbachin alfa arvoja, niiden poistaminen nosti arvoa. (Metsämuuronen, 2007.) Pääkomponenttianalyysin ulkopuolelle jääneet neljä muuttujaa käsiteltiin omana ryhmänään, joka nimettiin otsikolla *”potilaiden yleisiä näkemyksiä vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä”*.

Pääkomponenttianalyysissä saatu Bartlettin testin tulos, arvo $p < 0,000$ osoitti, että korrelaatiomatriisi oli sovelias pääkomponenttianalyysiin. Lisäksi pääkomponenttianalyysin edellytyksenä on, että Kaiser-Meyer-Olkinin testin arvo tulee olla suurempi kuin 0,6. Potilaiden yleisiä näkemyksiä mittaavasta osiossa arvo oli 0,65. (Metsämuuronen, 2007.)

Pääkomponenttianalyysissä käytettiin Varimax rotaatiota, jolloin pääkomponentit muodostuivat vapaasti. Yksittäisten muuttujien lataukset vaihtelivat .482–.888 välillä. Pääkomponenttianalyysin perustella muodostettiin kahdeksan keskiarvomuuttujaa. Keskiarvomuuttujien normaalijakautuneisuus testattiin Kolmogorov-Smirnov -testillä. Normaalius testattiin, jotta voitiin tehdä ratkaisu parametristen tai non-parametristen menetelmien käytöstä. Kaikki keskiarvomuuttujat olivat jakaumaltaan vinoja ($p < 0.05$). Taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin Mann-Whitneyn U-testillä, kun taustamuuttuja oli kaksiluokkainen (sukupuoli, hoitopaikka). Kolme tai useampiluokkaisten (ikäluokka, koulutus, ammatti, sattuneet haittatapahtumat) taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin puolestaan Kruskal-Wallis -testillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2010). Muodostetuille keskiar-

vomuuttujille laskettiin myös Cronbachin alfa -arvot, jotka vaihtelivat 0.63–0.93 välillä. (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Yhteenveto pääkomponenttien kommunaliteeteista, selitysosuudet ja keskiarvomuuttujien Cronbachin alfa-arvot.

Pääkomponentit	Kommunaliteetit	Selitysosuudet	Cronbachin alfa
P1 Potilaiden kommunikointi hoitavan henkilöstön kanssa	.811–.451	16,5 %	0.71
P2 Potilaan osallistuminen omaan hoitoon	.744–.517	13,6 %	0.66
P3 Hoitavalta henkilöstöltä käsien pesusta kysyminen	.918–.908	9,3 %	0.93
P4 Potilaiden luottamus hoitavaan henkilökuntaan ja hoidon turvallisuuteen	.781–.442	7,5 %	0.63
P5 Potilaiden virheiden tunnistaminen	.867–.789	5,8 %	0.82
P6 Laitteista kertominen potilaalle	.874–.798	5,5 %	0.70
P7 Potilasturvallisuustietous	.822–.778	5,2 %	0.70
P8 Nimirannekkeiden käyttö	.874–.732	4,8 %	0.64

Potilaiden kokemuksia mittaavalle osiolla tehtiin myös pääkomponenttianalyysi, mutta sen tulokset eivät olleet mielekkäitä jatkoanalyysien kannalta, joten osion kohdalla päädyttiin muodostamaan keskiarvomuuttujat teoriapohjaisesti laaditun kyselylomakkeen pohjalta. Muodostettujen keskiarvomuuttujien normaalijakautuneisuus testattiin myös Kolmogorov-Smirnov -testillä. Myös nämä kaikki keskiarvomuuttujat olivat jakaumaltaan vinoja ($p < 0.05$). Taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin Mann-Whitneyn U-testillä, kun taustamuuttuja oli kaksiluokkainen (sukupuoli, hoitopaikka) ja kolme tai useampiluokkaisten (ikäluokka, koulutus, ammatti, sattuneet haattatapahtumat) taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin puolestaan Kruskal-Wallis -testillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2010). Keskiarvomuuttujille laskettiin myös Cronbachin alfa -arvot, jotka vaihtelivat 0.77–0.88 välillä. (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Potilaiden kokemuksia mittaavan osion keskiarvomuuttujat ja niiden Cronbachin alfa-arvot.

Keskiarvosummamuuttujat	Muuttujat	Cronbachin alfa
Hoidonturvallisuus	6–8	0.77
Laiteturvallisuus	9–10	0.88
Lääketurvallisuus	11–18	0.86
Osallistuminen	19–26	0.88

Koko mittarin Cronbachin alfa arvoksi muodostui .88, mitä voidaan pitää uudella mittarilla varsin hyvänä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009).

Tässä tutkimuksessa oli kaksi avointa kysymystä ja niistä saadut vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2002.) Tarkoituksena on tarkastella merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2003.) Induktiivista sisällönanalyysiä on aiheellista käyttää silloin, kun ilmiö on vähän tutkittu tai sitä koskeva tieto on hajanaista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Aineiston analyysi etenee aineiston pelkistämisen, ryhmittely ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain niin, että päästään tutkitavan ilmiön tiivistettyyn ja käsitteelliseen kuvaukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Kylmä & Juvakka, 2007; Latvala & Vanhala-Nuutinen, 2001; Tuomi & Sarajärvi, 2002).

Avointen kysymysten käsittely alkoi vastauksien puhtaaksi kirjoittamisesta. Tämän jälkeen ne luettiin vielä läpi useaan kertaan. Avoimet vastaukset olivat lyhimmillään yksittäisiä sanoja tai lyhyitä lauseita ja niitä käsiteltiin pelkistettyinä lausumina. Sen jälkeen ilmaisut ryhmiteltiin niiden sisällön mukaan ja asetettiin järjestykseen niiden esiintyvyyuskertojen mukaan ja tutkittavat ilmiöt esitetään tiivistetyssä muodossa. (Polit & Hungler, 1995; Kyn-gäs & Vanhanen, 1999; Burns & Grove, 2005.)

5 TULOKSET

5.1 Vastaaajien taustatiedot

Taulukossa 4 esitellään tutkimukseen vastanneiden taustatietoja. Kyselyyn vastanneista naisia oli 61 % ja miehiä 39 %. Potilaista hieman alle puolet (48 %) oli ollut hoidettavana päiväkirurgian yksikössä ja vuodeosastoilla potilaista oli ollut hieman yli puolet (52 %).

Nuorin tutkimukseen osallistunut potilas oli 19-vuotias ja vanhin 89-vuotias. Potilaiden keski-ikä oli 61,8 vuotta ja iän keskihajonta 15,2 vuotta. Potilaista hieman yli viidennes (23 %) oli 19–50 -vuotiaita, noin joka kolmas (35 %) oli 51–65 -vuotiaita, viidennes potilaista oli 66–75 -vuotiaita ja hieman yli viidennes (22 %) oli 76–89 -vuotiaita. Päiväkirurgian yksikössä olleista potilaista suurin osa (77 %) oli iältään alle 65 -vuotiaita, kun taas puolestaan vuodeosastoilla hoidossa olleista potilaista yli puolet (59 %) oli yli 65-vuotiaita.

Melkein puolella (44 %) potilaista korkein koulutus oli perus- tai kansakoulu. Perus- tai kansakoulun korkeimpana koulutustasona omaavista potilaista 43 % oli naisia ja 45 % miehiä. Keskiasteen koulutuksen (ammattillinen koulu tai lukio) oli suorittanut 40 % kaikista potilaista. Naisista korkea-asteen koulutuksen (ammattikorkeakoulu tai yliopisto) oli suorittanut noin viidennes (17 %) ja miehistä 15 %.

Tarkasteltaessa vastaajien ammattiryhmiä, johtavassa asemassa tai toimihenkilönä (ylempi tai alempi toimihenkilö) toimi noin joka kymmenes (12 %) potilaista. Neljäsosa (25 %) potilaista kuului työntekijä ammattiryhmään, yrittäjiä heistä oli joka kymmenes ja eläkeläisiä potilaista oli melkein puolet (46 %). Potilaista 7 % ei ollut mukana työelämässä tällä hetkellä. He olivat opiskelijoita, kotiäitejä tai koti-isiä tai työttömiä. Johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimi yhtä paljon naisia ja miehiä. Työntekijöistä naisia oli 24 % ja miehiä 25 %. Yrittäjistä miehiä oli joka kymmenes ja naisia melkein joka kymmenes (9 %). Ei työelämässä -olevista naisista oli 8 % ja miehiä 6 %.

Noin joka viidennes (22 %) potilaista oli kohdannut virheen tai virheitä joskus hoitonsa aikana. Yli puolet (56 %) potilaista ei ollut koskaan kohdannut virheitä ja noin viidennes (22 %) ei tiennyt onko heidän hoidossa joskus sattunut virheitä.

TAULUKKO 4. Potilaiden taustatiedot (n= 175).

Taustamuuttujat	n	%
Viimeisin hoitopaikka (n=167)		
Vuodeosastot	87	52
Päiväkirurgian yksikkö	80	48
Sukupuoli (n=175)		
Nainen	107	61
Mies	68	39
Ikä (n=174)		
19–50 -vuotiaat	40	23
51–65 -vuotiaat	61	35
66–75 -vuotiaat	34	20
76–89 -vuotiaat	39	22
Koulutus (n=175)		
Perus- tai kansakoulu	77	44
Keskiasteen koulutus	70	40
Korkea-asteen koulutus	28	16
Ammattiryhmä (n=175)		
Johtava asema tai toimihenkilö	21	12
Työntekijä	43	25
Yrittäjä	17	10
Eläkeläinen	82	46
Ei työelämässä	12	7
Sattuneet virheet (n=168)		
Ei	94	56
Kyllä	37	22
En tiedä	37	22

5.2 Potilaiden yleiset näkemykset potilasturvallisuudesta

5.2.1 Potilaiden kommunikointi hoitavan henkilöstön kanssa

Melkein kaikkien (95 %) potilaiden mielestä heistä tuntuu luontevalta kysyä lääkityksestään joko lääkäriltä tai hoitajilta. Asiasta eri mieltä oli 3 % potilaista. Potilaat olivat melko yksimielisiä (97 %) myös siitä, että heillä on hoitolaitoksessa ollessaan oikeus tietää mitä lääkkeitä heille annetaan. Asiasta eri mieltä oli yksi prosentti potilaista. (Taulukko 5.)

Sellaiset potilaat, joille ei koskaan ollut sattunut tai jotka eivät tiedäneet onko virheitä koskaan sattunut heidän hoitonsa aikana, olivat kaikki sitä mieltä, että hoitolaitoksessa ollessa heillä on oikeus tietää mitä lääkkeitä heille annetaan. Sen sijaan niistä potilaista, joille virheitä oli joskus sattunut hoidon aikana, 2,8 % oli asiasta eri mieltä ja 5,6 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.019$). (Liitetaulukko 3.)

Omaan hoitoon liittyvistä asioista keskustelemisen hoitavan henkilökunnan kanssa koki helpoksi noin kuusi potilasta kymmenestä (62 %). Kuusi prosenttia potilaista oli asiasta eri mieltä. Monet potilaat (76 %) olivat myös samaa mieltä siitä, että he haluaisivat tietää miten heidän hoitoaan on suunniteltu. Noin viidennes (21 %) potilaista oli asiasta jokseenkin samaa mieltä. Yksi prosentti potilaista oli sitä mieltä, ettei halua tietää miten omaa hoitoa on suunniteltu. (Taulukko 5.)

Naisista kaikki halusivat tietää, miten omaa hoitoa on suunniteltu ja miehistä 1,5 % oli asiasta eri mieltä ja 4,5 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.022$). (Liitetaulukko 4.)

TAULUKKO 5. Vastaajien (n=170–173) näkemykset kommunikoinnista hoitavan henkilökunnan kanssa (n, %).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)
Minusta tuntuu luontealta kysyä lääkityksestäni lääkäreiltä tai hoitajilta (n=173)	1	2	2	9	86
Hoitolaitoksessa ollessani minulla on oikeus tietää mitä lääkkeitä minulle annetaan (n=173)	1	0	2	6	91
Minusta tuntuisi helpolta keskustella hoitavan henkilökunnan kanssa hoidostani ja siihen liittyvistä asioista (n=170)	2	4	1	31	62
Haluan tietää, miten hoitoani on suunniteltu (n=172)	1	0	2	21	76

5.2.2 Potilaiden osallistuminen omaan hoitoon

Potilaista suurin osa (90 %) olisi halukas osallistumaan omaa hoitoa koskeviin pieniin päätöksiin, kuten esimerkiksi kotiutusajankohdasta päättämiseen. Potilaista 5 % oli asiasta eri mieltä ja saman verran potilaista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Väitteestä ”olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin merkittäviin päätöksiin liittyen esimerkiksi hoito-
linjan valintaan” samaa mieltä oli noin kahdeksan potilasta kymmenestä (83 %). Runsas kymmenes (13 %) potilaista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta ja 2 % potilaista oli asiasta eri mieltä. (Taulukko 6.)

Melkein kaikki (97,5 %) ikäluokan 19–50 -vuotiaista potilaista haluaisivat osallistua omaa hoitoa koskeviin merkittäviin päätöksiin. Osallistumishalukkuus laski iän noustessa niin, että 76–89 -vuotiaista enää noin joka seitsemäs potilas kymmenestä (69,7 %) haluaisi osallistua omaa hoitoa koskeviin merkittäviin päätöksiin. En osaa sanoa vastausten määrä nou-

si myös siirryttäessä nuorimmasta ikäluokasta vanhimpaan. Erot olivat tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.010$). (Liitetaulukko 5.)

Korkea-asteen koulutuksen saaneet potilaat olivat enemmän halukkaita osallistumaan merkittäviin päätöksiin kuin perus- tai kansakoulunkäyneet potilaat. Perus- ja kansakoulun käyneissä oli myös enemmän niitä, jotka eivät osanneet sanoa mielipidettään asiasta verrattuna keskiasteen tai korkea-asteen koulutuksen saaneisiin potilaisiin. Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.012$). (Liitetaulukko 6.)

Melkein kaikkien (94 %) potilaiden mielestä potilaiden tulee osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa. Eri mieltä asiasta oli 2 % potilaista. (Taulukko 6.) Kaikki eri mieltä olleet potilaat olivat sellaisia potilaita, jotka olivat joskus kohdanneet virheen tai virheitä omassa hoidossaan. Sen sijaan sellaisista potilaista, jotka eivät olleet koskaan kohdanneet virheitä oman hoitonsa aikana, melkein kaikki (96,8 %) oli sitä mieltä, että potilaiden tulee osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa. Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.038$). (Liitetaulukko 3.) Suurin osa (83 %) potilaista oli myös sitä mieltä, että potilaan tulisi voida osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa sairauden missä vaiheessa tahansa. Noin joka kymmenes (11 %) potilas oli asiasta kuitenkin eri mieltä. (Taulukko 6.)

Noin yhdeksän potilasta kymmenestä (93 %) haluaisi oppia, miten he omalla toiminnallaan voisivat parantaa oman hoitonsa turvallisuutta. Eri mieltä asiasta oli 2 % potilaista. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Vastaajien (n=168–173) näkemykset potilaiden osallistumisesta omaan hoitoon (n, %).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin pieniin päätöksiin kuten esimerkiksi kotiutusajan kohdasta päättämiseen (n=172)	1	4	5	26	64
Haluaisin oppia, miten voin omalla toiminnallani parantaa hoitoni turvallisuutta (n=173)	2	0	5	26	67
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin merkittäviin päätöksiin liittyen esimerkiksi hoitolinjoihin/-linjan valintaan (n=168)	2	2	13	31	52
Mielestäni potilaan tulisi voida osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa sairautensa missä vaiheessa tahansa (n=173)	2	9	6	35	48
Olen sitä mieltä, että potilaiden tulee osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa (n=172)	1	1	4	27	67

5.2.3 Hoitavalta henkilöstöltä käsien pesusta kysyminen

Noin joka neljäs (24 %) potilas arvioi, että heidän olisi helppo kysyä hoitavalta lääkäriltä onko hän pessyt kätensä. Noin kuusi potilasta kymmenestä (65 %) arvioi puolestaan, että käsien pesusta kysyminen lääkäriltä ei tuntuisi helpolta. Noin joka kymmenes (11 %) ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. (Taulukko 7.)

Koulutusryhmittäin tarkasteltuna kaikista helpoimmaksi käsien perusta kysymisen lääkäriltä arvioivat keskiasteen koulutuksen saaneet potilaat ja vaikeimmaksi korkea-asteen koulutuksen saaneet potilaat. Perus- tai kansakoulun käyneistä melkein viidennes (18,7 %) ei

osannut kertoa asiasta mielipidettään. Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.024$). (Liitetaulukko 6.)

Hoitajalta käsien pesusta kysymisen arvioi helpoksi noin runsas neljännes (29 %) potilaisista. Noin kuusi potilasta kymmenestä (64 %) arvioi, että käsien pesusta kysyminen hoitajalta tuntuisi vaikealta. Noin joka kymmenes (7 %) ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Potilaiden ($n=171$) näkemykset hoitavan henkilökunnan käsien pesusta kysymiseen (n , %)

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)
Minusta tuntuisi helpolta kysyä lääkäriltä onko hän pessyt kätensä ($n=171$)	33	32	11	17	7
Minusta tuntuisi helpolta kysyä hoitajalta onko hän pessyt kätensä ($n=171$)	32	32	7	16	13

5.2.4 Potilaiden luottamus hoitavaan henkilöstöön ja hoidon turvallisuuteen

Noin yhdeksän potilasta kymmenestä (94 %) piti terveyden- ja sairaanhoitoa Suomessa turvallisena. Asiasta eri mieltä oli 4 % potilaista. (Taulukko 8). Tarkasteltaessa asiaa ikäryhmittäin ilmeni, että kaikista turvallisimpana terveyden- ja sairaanhoitoa pitivät alle 65 -vuotiaat ja yli 75 -vuotiaat. Eniten eri mieltä siitä, että terveyden- ja sairaanhoito on Suomessa turvallista, olivat 66–75 -vuotiaat. Erot olivat tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.010$). (Liitetaulukko 5.)

Noin seitsemän potilasta kymmenestä (71 %) piti todennäköisenä sitä, ettei potilas voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana Suomessa. Noin joka neljäs (24 %) vastaaja puolestaan arvioi, että potilas voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana Suomessa. (Taulukko 8.) Tarkasteltaessa asiaa sattuneiden virheiden suhteen ilmeni, että ne potilaat jotka eivät olleet koskaan kohdanneet virheitä hoitonsa aikana (80,6 %), pitivät todennäköisempänä sitä, että

potilaat eivät voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana Suomessa verrattuna sellaisiin potilaisiin, jotka olivat kohdanneet joskus hoidossaan virheitä (48,6 %). Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla. ($p=0,002$). (Liitetaulukko 3.)

Noin yhdeksän potilasta kymmenestä (95 %) luotti siihen, että hoitolaitoksessa ollessa hänelle annetaan oikeat lääkkeet. Asiasta eri mieltä oli 3 % potilaista. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Potilaiden ($n=172-174$) luottamus hoitavaan henkilökuntaan (n , %).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)
Pidän todennäköisenä, että potilas ei voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana Suomessa ($n=172$)	5	19	5	46	25
Mielestäni terveyden- ja sairaanhoito on Suomessa turvallista ($n=173$)	1	3	2	38	56
Luotan, että hoitolaitoksessa ollessani minulle annetaan oikeat lääkkeet ($n=174$)	1	2	2	13	82

5.2.5 Potilaiden virheiden tunnistaminen

Melkein puolet potilaista (47 %) arvioi, että pystyy tunnistamaan milloin omassa hoidossa on tapahtunut virhe. Eri mieltä asiasta oli runsas kolmannes (36 %) potilaista. Vajaa viidennes (17 %) ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. (Taulukko 9.) Sukupuolittain tarkasteltuna ilmeni, että miehet (44,8 %) olivat naisia (30,8 %) useammin eri mieltä siitä, että pystyvät tunnistamaan milloin hoidossa on tapahtunut virhe. Naisissa (20,6 %) oli puolestaan miehiä (10,4 %) enemmän niitä, jotka eivät osanneet sanoa asiasta mielipidettään. (Liitetaulukko 4.) Potilaiden aikaisemmin kohtaamien virheiden yhteys virheiden tunnistamiseen näkyi niin, että ne potilaat, jotka olivat kohdanneet joskus virheitä hoitonsa aikana, arvioivat pystyvänsä tunnistamaan virheitä (59,5 %) enemmän verrattuna sellaisiin potilaisiin, jotka eivät olleet koskaan kohdanneet virheitä hoitonsa aikana (41,9 %) tai jotka

eivät tienneet onko virheitä tapahtunut koskaan heidän hoidossaan (51,4 %). (Liitetaulukko 3.)

Koulutusryhmittäin tarkasteltuna eniten samaa mieltä siitä, että pystyy tunnistamaan milloin hoidossa on tapahtunut virhe, olivat keskiasteen koulutuksen saaneet potilaat (48,4 %) ja vähiten samaa mieltä olivat korkea-asteen koulutuksen saaneet potilaat (42,9 %). Eniten eri mieltä väitteestä olivat puolestaan korkea-asteen koulutuksen saaneet potilaat (53,6 %). (Liitetaulukko 6.) Ikäluokittain tarkasteltuna alle 50 -vuotiaat (60 %) ja 66–75 -vuotiaat (61,8 %) luottivat enemmän omaan kykyihinsä virheiden tunnistamisessa kuin muut ikäluokat. Vähiten omaan kykyihinsä luottivat 51–65 -vuotiaat (43,3 %) sekä 76–89 -vuotiaat (38,5 %). (Liitetaulukko 5.) Mitkään edellä mainitut erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitsevällä tasolla.

Neljä potilasta kymmenestä (40 %) arvioi pystyvänsä tunnistamaan milloin omassa hoidossa on ollut lähellä tapahtua virhe. Melkein puolet (44 %) potilaista oli asiasta kuitenkin eri mieltä. Vajaa viidennes (16 %) potilaista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. (Taulukko 9.) Ikäluokittain tarkasteltuna, eniten läheltä piti -tilanteita arvioivat pystyvänsä tunnistamaan 19–50 -vuotiaat (60 %) ja vähiten 51–65 -vuotiaat (26,7 %). (Liitetaulukko 5). Naiset (42,5 %) olivat miehiä (35,8 %) enemmän samaa mieltä siitä, että pystyvät tunnistamaan läheltä piti -tilanteita. (Liitetaulukko 4.) Samoin ne potilaat, jotka olivat kohdanneet virheitä aiemmin (50 %) verrattuna niihin potilaisiin, jotka eivät olleet kohdanneet koskaan virheitä (35,5 %). (Liitetaulukko 3.) Mitkään edellä mainitut erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitsevällä tasolla.

TAULUKKO 9. Potilaiden (n=173–174) virheiden tunnistaminen (n, %).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on tapahtunut virhe (n=174)	7	29	17	35	12
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on ollut lähellä tapahtua virhe (n=173)	11	33	16	30	10

5.2.6 Laitteista kertominen potilaalle

Noin yhdeksän potilasta kymmenestä (92 %) oli sitä mieltä, että hoitavan henkilökunnan tehtävänä on kertoa potilaalle hänen hoidossaan käytettävistä laitteista. Eri mieltä asiasta oli 4 % potilaista. (Taulukko 10.) Naiset (94,2 %) olivat miehiä (88,1 %) enemmän samaa mieltä siitä, että henkilökunnan tehtävänä on kertoa potilaalle laitteista. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. (Liitetaulukko 4.)

Suurin osa (93 %) potilaista oli myös sitä mieltä, että he haluaisivat tietää etukäteen, jos heille aiotaan laittaa jokin hoidossa käytettävä laite. Neljä prosenttia potilaista oli asiasta täysin eri mieltä. (Taulukko 10.) Naisissa (98,1 %) oli miehiä (86,6 %) enemmän niitä, jotka olivat samaa mieltä siitä, että haluaisivat tietää laitteista etukäteen. Miehistä myös vajaa kymmenes osa (7,5 %) ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.004$). (Liitetaulukko 4.)

TAULUKKO 10. Potilaiden ($n=170-172$) näkemykset laitteista kertomisesta ($n, \%$).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)
Mielestäni hoitavan henkilökunnan tehtä- vänä on kertoa poti- laalle hänen hoidossa käytettävistä laitteista ($n=170$)	4	0	4	17	75
Haluaisin tietää etukä- teen, jos minulle laite- taan jokin hoidossa käytettävä laite ($n=172$)	4	0	3	16	77

5.2.7 Potilasturvallisuustietous

Melkein puolet potilaista (46 %) arvioi, että heillä on paljon tietoa potilasturvallisuudesta. Melkein saman verran (44 %) potilaista oli asiasta kuitenkin eri mieltä. Joka kymmenes potilas ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. (Taulukko 11.) Eniten samaa mieltä siitä,

että heillä on paljon tietoa potilasturvallisuudesta, olivat 19–50 -vuotiaat (67,5 %) ja vähiten 76–89 -vuotiaat (25,7 %). Vanhimmassa ikäluokassa oli myös eniten (22,9 %) niitä, jotka eivät osanneet sanoa mielipidettään asiasta. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.007$). (Liitetaulukko 5.) Ammattiryhmittäin tarkasteltuna eniten sitä mieltä, että heillä on paljon tietoa potilasturvallisuudesta, olivat työntekijät (70 %) ja vähiten sitä mieltä olivat yrittäjät (29,4 %). Yrittäjistä reilusti yli puolet (58,8 %) arvioi, ettei heillä ollut paljon tietoa potilasturvallisuudesta. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.007$). (Liitetaulukko 7.) Koulutusluokittain tarkasteltuna eniten sitä mieltä, että heillä on paljon tietoa potilasturvallisuudesta, olivat korkea-asteen koulutuksen saaneet (64,3 %) ja vähiten perus- tai kansakoulun käyneet potilaat (31,5 %). Erot olivat tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.006$). (Liitetaulukko 6.)

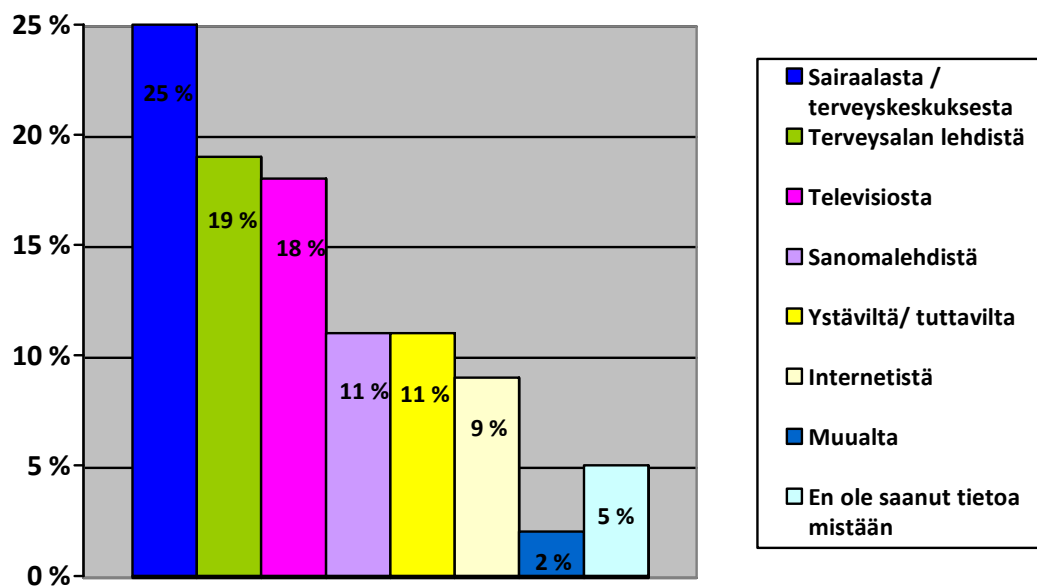
Potilaiden aikaisemmin hoidossa kohtaamat virheet näkyi potilaiden näkemyksissä niin, että ne potilaat jotka eivät olleet koskaan kohdanneet virheitä hoitonsa aikana, olivat enemmän samaa mieltä siitä, että heillä (50,5 %) on paljon tietoa potilasturvallisuudesta verrattuna niihin potilaisiin, jotka olivat kohdanneet virheitä joskus hoitonsa aikana (38,9 %). Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevällä tasolla.

Potilaista reilu neljännes (28 %) oli perehtynyt potilasturvallisuusoppaisiin (potilaan käsikirja ja potilaan muistilista) ja noin kuusi potilasta kymmenestä (61 %) ei. (Taulukko 11.). Eniten potilasturvallisuusoppaisiin perehtyneitä oli korkea-asteen koulutuksen saaneissa potilaissa (37 %). Vähiten oppaisiin oli perehtynyt keskiasteen koulutuksen käyneet potilaat (62,9 %). Perus- tai kansakoulun käyneissä oli puolestaan eniten niitä, jotka eivät osanneet sanoa mielipidettään asiasta (20,3 %). Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.008$). (Liitetaulukko 6.)

TAULUKKO 11. Potilaiden (n= 170–171) arviot potilasturvallisuustietoudestaan (n, %).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)
Mielestäni minulla on paljon tietoa potilasturvallisuudesta (n=170)	12	32	10	34	12
Olen perehtynyt potilasturvallisuusoppaisiin (potilaan käsikirja ja potilaan muistilista) (n=171)	36	25	11	20	8

Potilaita pyydettiin kertomaan mistä he ovat saaneet eniten tietoa potilasturvallisuudesta. Neljäsosa potilaista oli saanut tietoa sairaalasta tai terveyskeskuksesta ja hieman vajaa viidennes (19 %) terveysalan lehdistä ja (18 %) televisiosta. Noin joka kymmenes potilas oli saanut tietoa sanomalehdistä (11 %) ja ystäviltä tai tutuilta (11 %) ja internetistä (9 %). Potilaista viisi prosenttia vastasi, ettei ole saanut tietoa mistään.



KUVIO 4. Potilaiden mielestä potilasturvallisuustiedon saannin tärkeimmät lähteet (%).

5.2.8 Nimirannekkeiden käyttö

Potilaista suurin osa (77 %) piti hyvänä asiana sitä, että hoitolaitoksissa ollessa heille laitetaan nimiranneke käteen. Noin viidennes (18 %) potilaista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta ja 5 % oli asiasta eri mieltä. (Taulukko 12.) Vuodeosastolla hoidettavana olleet potilaat (86,9 %) olivat enemmän samaa mieltä siitä, että on hyvä asia, että heille laitetaan nimiranneke kuin päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat (67,5 %). Runsas neljännes (27,3 %) päiväkirurgiassa hoidettavana olleista potilaista ei osannut kertoa mielipidettään asiasta. Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.007$). (Liitetaulukko 8.)

Potilaista suurin osa (92 %) piti tärkeänä sitä, että potilaan henkilöllisyys tarkistetaan vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisi nimiranneke kädessä. Kolme prosenttia potilaista oli asiasta eri mieltä ja viisi prosenttia ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. (Taulukko 12.) Naiset (93,3 %), alle 65 -vuotiaat (91,8–94,9 %), keskiasteen (95,1 %) ja korkea-asteen (92,9 %) koulutuksen saaneet potilaat pitivät hiukan miehiä (88,1 %), yli 65 -vuotiaita (88,2–88,9 %) ja perus- tai kansakoulun (86,5 %) käyneitä potilaita tärkeämpänä sitä, että potilaan henkilöllisyys vielä varmistetaan kysymällä. (Liitetaulukot 4, 5, ja 6.)

TAULUKKO 12. Potilaiden ($n=169$ – 171) näkemykset nimirannekkeiden käytöstä (n , %).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)
Pidän hyvänä asiana, että hoitolaitoksessa ollessani minulle laitetaan nimiranneke käteen ($n=169$)	1	4	18	14	63
Mielestäni on tärkeää tarkistaa potilaan henkilöllisyys vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisi nimiranneke kädessä ($n=171$)	1	2	5	12	80

5.2.9 Taustamuuttujien yhteys potilaiden yleisiin näkemyksiin potilasturvallisuudesta keskiarvomuuttujittain

Potilaiden näkemykset *kommunikoinnista hoitavan henkilökunnan kanssa* olivat keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna hyvin myönteiset, sillä keskiarvot kaikkien taustamuuttujien kohdalla olivat korkeita (ka 4.73). Ikäluokittain tarkasteltuna näyttäisi siltä, että 66–75 -vuotiaiden keskiarvo (4.64) oli muita ikäluokkia hieman alhaisempi (ka 4.71–4.77). Johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivat (ka 4.81) potilaat suhtautuivat hieman muita ammattiryhmiä (ka 4.73–4.77) myönteisemmin kommunikointiin hoitavan henkilökunnan kanssa. Lisäksi sellaiset potilaat, jotka eivät ole koskaan kohdanneet virheitä (ka 4.78) tai jotka eivät tiedä onko heidän hoidossa joskus sattunut virhe (ka 4.75), näyttäisivät suhtautuvan kommunikointiin henkilöstön kanssa hieman myönteisemmin kuin sellaiset potilaat, jotka ovat joskus kohdanneet virheitä hoitonsa aikana (ka 4.58). Näistä eroista yksikään ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. (Taulukko 13.)

Potilaiden näkemykset *potilaiden osallistumisesta omaan hoitoon* olivat keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna myös hyvin myönteiset (ka 4.43). Naiset (ka 4.43) suhtautuivat hieman miehiä (ka 4.39) myönteisemmin potilaiden osallistumiseen omaan hoitoonsa, samoin alle 76 -vuotiaat (ka 4.46–4.47) verrattuna 76–89 -vuotiaisiin (ka 4.26) sekä korkeasteen koulutuksen suorittaneet (ka 4.50) verrattuna muihin koulutusluokkiin (ka 4.36–4.43). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kaikista myönteisemmin potilaan osallistumiseen omaan hoitoonsa suhtautuivat johtavassa asemassa tai toimihenkilöinä (ka 4.52) toimivat potilaat sekä ei työelämässä -olevat (ka 4.51) potilaat. Myös ne potilaat, jotka eivät tienneet, oliko heidän hoidossa joskus sattunut virhe (ka 4.56) suhtautuivat potilaan osallistumiseen omaan hoitoonsa hieman myönteisemmin kuin sellaiset potilaat, joille virheitä ei ollut koskaan sattunut (ka 4.40) tai ne, joille oli joskus sattunut virheitä hoidon aikana (ka 4.35). Päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat (ka 4.49) suhtautuivat potilaan osallistumiseen myös hieman myönteisemmin kuin vuodeosastolla hoidettavana olleet potilaat (ka 4.34). Edellä mainitut erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitsevällä tasolla. (Taulukko 13.)

Potilaat suhtautuivat *hoitavalta henkilöstöltä käsien pesusta kysymiseen* muita keskiarvomuuttujia kielteisemmin (ka 2,40). Eniten eri mieltä hoitavalta henkilökunnalta käsien pesusta kysymisestä olivat naiset (ka 2.39), 66–75 -vuotiaat (ka 2.19), korkea-asteen koulu-

tuksen saaneet potilaat (ka 2.04) sekä johtavassa asemassa olevat potilaat (ka 2.19). Sattuneiden virheiden yhteys näkyi niin, että ne joille virheitä ei ollut tapahtunut (ka 2.22) olivat enemmän eri mieltä kuin ne joille virheitä oli sattunut (ka 2.62) ja ne jotka eivät tiedäneet, oliko heidän hoidossa joskus sattunut virheitä (ka 2.66). Päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat (ka 2.23) olivat enemmän eri mieltä käsien pesusta kysymisestä kuin vuodeosastoilla hoidettavana olleet potilaat (ka 2.51). Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 13.)

Potilaiden näkemykset *luottamukseen hoitavaan henkilökuntaan ja hoidon turvallisuuteen* olivat keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna myönteiset (ka 4.28). Sellaiset potilaat, joille ei ollut koskaan sattunut virheitä hoitonsa aikana (ka 4.48) ja ne potilaat, jotka eivät tiedäneet oliko virheitä koskaan sattunut (ka 4.22) luottivat enemmän hoitavaan henkilökuntaan ja hoidon turvallisuuteen kuin sellaiset potilaat, joille hoidon aikana oli joskus sattunut virheitä (ka 3.92). Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla ($p=0,000$). Johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivat potilaat (ka 4,51) luottivat hoitavaan henkilökuntaan ja hoidon turvallisuuteen hiukan muita ammattiryhmiä enemmän (ka 4.14–4.33). Samoin miehet (ka 4.39) naisiin verrattuna (ka 4.23). Ikäluokittain tarkasteltuna näyttäisi siltä, että 19–50 -vuotiaat (ka 4.28), 51–65 -vuotiaat (ka 4.34) ja 76–89 -vuotiaat (ka 4.38) luottaisivat myös hiukan enemmän hoitavaan henkilökuntaan ja hoidon turvallisuuteen kuin 66–75 -vuotiaat (ka 4.09). Nämä erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 13.)

Potilaiden näkemykset *virheiden tunnistamisesta* olivat keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna melko myönteiset (ka 3.07). Eniten eri mieltä siitä, että pystyvät tunnistamaan virheitä tai läheltä piti -tilanteita, olivat miehet (ka 2.94), 51–65 -vuotiaat (ka 2.85), korkeasteen koulutuksen saaneet potilaat (ka 2.95) sekä johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivat potilaat (ka 2.81). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna eniten samaa mieltä siitä, että pystyvät tunnistamaan virheitä olivat yrittäjät (ka 3.32), ei työelämässä olevat (ka 3.21) sekä työntekijät (ka (3.14). Sattuneiden virheiden yhteys potilaiden mielipiteisiin näkyi niin, että ne potilaat, joille virheitä oli joskus sattunut (ka 3.30) olivat enemmän samaa mieltä siitä, että pystyvät tunnistamaan virheitä kuin ne potilaat, joille virheitä ei ollut koskaan sattunut (ka 2.90) tai ne, jotka eivät tiedäneet, oliko heidän hoidossa joskus sattunut virheitä (ka 3.19). (Taulukko 13.)

Potilaiden näkemykset *laitteista kertomisesta potilaalle* olivat keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna erittäin myönteiset (ka 4.67). Eniten samaa mieltä siitä, että laitteista tulee kertoa potilaalle olivat naiset (ka 4.72), 76–89 -vuotiaat (ka 4.74), johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivat potilaat (ka 4.90) sekä päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat (ka 4.70). Sattuneiden virheiden yhteys näkyi niin, että ne potilaat joille oli virheitä aiemmin sattunut (ka 4.54) olivat laitteista kertomisesta potilaalle enemmän eri mieltä, kuin ne, joille virheitä ei koskaan ollut sattunut (ka 4.66) tai ne, jotka eivät tieneet oliko virheitä koskaan sattunut omassa hoidossa (ka 4.79). Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitsevällä tasolla. (Taulukko 13.)

Keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna potilaat arvioivat oman *potilasturvallisuustietoutensa* heikohkoksi (ka 2.71). Vähiten tietoutta taustamuuttujittain tarkasteltuna kokivat omaavansa naiset (ka 2.68), 76–89 -vuotiaat (ka 2.51), perus- tai kansakoulun käyneet potilaat (ka 5.54) sekä yrittäjät (ka 2.41). Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitsevällä tasolla. (Taulukko 13.)

Potilaat arvioivat *nimirannekkeiden käytön* keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna hyvin myönteiseksi (ka 4.49). Vuodeosastoilla hoidettavana olleet potilaat (ka 4.62) arvioivat nimirannekkeiden käytön myönteisemmäksi kuin päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat (ka 4.38). Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0,006$). Nimirannekkeiden käyttöön suhtautuivat taustamuuttujittain tarkasteltuna kaikista myönteisemmin naiset (ka 4.55), 66–75 -vuotiaat (ka 4.63), perus- tai kansakoulun käyneet (ka 4.51), eläkeläiset (ka 4.58), vuodeosastopotilaat (ka 4.62) sekä sellaiset potilaat, joille ei ollut sattunut virheitä hoidossa aiemmin (ka 4.54). (Taulukko 13.)

TAULUKKO 13. Potilaiden yleiset näkemykset potilasturvallisuudesta taustamuuttujittain (ka, sd, p-arvo).

Taustamuuttujat	Kommunikoin- ti hoitavan henkilökunnan kanssa		Potilaiden osallistumi- nen omaan hoitoon		Hoitavalta henkilökunnal- ta käsien pesus- ta kysyminen		Luottamus hoi- tavaan henkilö- kuntaan ja hoi- don turvallisuus- teen	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
Sukupuoli	p=0.929		p=0.346		p=0.707		p=0.232	
Nainen	4.72	0.470	4.43	0.590	2.39	1.330	4.23	0.746
Mies	4.73	0.434	4.39	0.502	2.44	1.275	4.39	0.566
Ikäluokka	p=0.508		p= 0.650		p=0.714		p=0.250	
19–50 vuotta	4.74	0.325	4.46	0.482	2.46	1.227	4.28	0.682
51–65 vuotta	4.77	0.363	4.47	0.484	2.48	1.318	4.34	0.590
66–75 vuotta	4.64	0.561	4.46	0.486	2.19	1.206	4.09	0.826
76–89 vuotta	4.71	0.590	4.26	0.752	2.47	1.472	4.38	0.680
Koulutus	p=0.111		p=0.693		p=0.494		p=0.528	
Peruskou- lu/kansakoulu	4.74	0.546	4.36	0.631	2.49	1.368	4.32	0.727
Keskiaste	4.72	0.370	4.43	0.538	2.44	1.348	4.28	0.595
Korkea-aste	4.73	0.347	4.50	0.409	2.04	0.952	4.30	0.716
Ammattiryhmä	p=0.261		p=0.827		p=0.906		p=0.240	
Johtava asema tai toimihenkilö	4.81	0.315	4.52	0.488	2.19	1.209	4.51	0.479
Työntekijä	4.66	0.429	4.37	0.547	2.41	1.269	4.14	0.757
Yrittäjä	4.76	0.369	4.47	0.452	2.53	1.268	4.24	0.575
Eläkeläinen	4.73	0.538	4.39	0.618	2.46	1.338	4.33	0.726
Ei työelämässä	4.77	0.167	4.51	0.421	2.33	1.586	4.31	0.502
Sattuneet virheet	p=0.475		p=0.440		p=0.083		p=0.000***	
Kyllä	4.58	0.702	4.35	0.738	2.62	1.406	3.92	0.767
Ei	4.78	0.367	4.40	0.534	2.22	1.241	4.48	0.569
En tiedä	4.75	0.364	4.56	0.388	2.66	1.229	4.22	0.738
Hoitopaikka	p=0.667		p=0.285		p=0.140		p=0.574	
Vuodeosastot	4.69	0.549	4.34	0.645	2.51	1.327	4.31	0.696
Päiväkirurgia	4.77	0.289	4.49	0.457	2.23	1.273	4.27	0.679
Kokonaiskeskiarvo	4.73		4.43		2.40		4.28	

Ka= keskiarvo, 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä, **SD= keskihajonta**

* Tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla $p < 0.05$

** Tilastollisesti merkitsevällä tasolla $p < 0.01$

*** Tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla $p < 0.001$

TAULUKKO 13 jatkuu..

Taustamuuttujat	Virheiden tunnistaminen		Laitteista kertominen potilaalle		Potilasturvallisuustietous		Nimirannekkeiden käyttö	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
Sukupuoli	p=0.259		P=0.129		p=0.637		p=0.086	
Nainen	3.13	1.060	4.72	0.572	2.68	1.225	4.55	0.791
Mies	2.94	1.150	4.55	0.718	2.75	1.081	4.43	0.703
Ikäluokka	p=0.052		p=0.822		p=0.206		p=0.077	
19–50 vuotta	3.39	0.937	4.64	0.584	3.01	1.028	4.37	0.758
51–65 vuotta	2.85	0.976	4.66	0.657	2.68	1.175	4.55	0.659
66–75 vuotta	3.19	1.161	4.56	0.814	2.65	1.138	4.63	0.801
76–89 vuotta	2.87	1.276	4.74	0.466	2.51	1.304	4.43	0.880
Koulutus	p=0.794		p=0.900		p=0.097		p=0.724	
Peruskoulu/kansakoulu	3.05	1.123	4.68	0.558	2.54	1.167	4.51	0.809
Keskiaste	3.10	1.083	4.64	0.689	2.74	1.193	4.53	0.591
Korkea-aste	2.95	1.048	4.68	0.710	3.07	1.052	4.43	0.960
Ammattiryhmä	p=0.568		p=0.260		p=0.240		p=0.300	
Johtava asema tai toimihenkilö	2.81	0.968	4.90	0.256	2.93	1.099	4.33	0.780
Työntekijä	3.14	0.941	4.50	0.781	2.98	1.174	4.48	0.788
Yrittäjä	3.32	1.185	4.68	0.611	2.41	1.093	4.50	0.791
Eläkeläinen	2.99	1.158	4.65	0.648	2.58	1.191	4.58	0.772
Ei työelämässä	3.21	1.303	4.79	0.334	2.67	1.155	4.42	0.469
Sattuneet virheet	p=0.113		p=0.358		p=0.764		p=0.827	
Kyllä	3.30	1.169	4.54	0.759	2.62	1.216	4.41	0.949
Ei	2.90	1.072	4.66	0.644	2.77	1.197	4.54	0.727
En tiedä	3.19	1.089	4.79	0.489	2.60	1.013	4.56	0.627
Hoitopaikka	p=0.858		p=0.538		p=0.666		p=0.006**	
Vuodeosastot	3.03	1.167	4.61	0.695	2.67	1.236	4.62	0.719
Päiväkirurgia	3.06	1.029	4.70	0.580	2.72	1.070	4.38	0.756
Kokonaiskeskiarvo	3.07		4.67		2.71		4.49	

Ka= keskiarvo, 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä

SD= keskihajonta

* Tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla $p < 0.05$

** Tilastollisesti merkitsevällä tasolla $p < 0.01$

*** Tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla $p < 0.001$

5.2.10 Potilaiden yleiset näkemykset vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä

Noin kaksi kolmesta (74 %) potilaasta piti potilaita itse osittain vastuussa hoitonsa turvallisuudesta. Noin viidesosa (19 %) oli asiasta eri mieltä ja 7 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. (Taulukko 14.) Eniten sitä mieltä, että potilas on itse osittain vastuussa hoitonsa turvallisuudesta, olivat 19–50 -vuotiaat (82,1 %) ja 66–75 -vuotiaat (88,2 %). Eniten eri mieltä (24,3 %) puolestaan olivat vanhimman ikäluokan (76–89 -vuotta) potilaat. Noin joka kymmenes 51–65 -vuotiaista (13,1 %) ja 76–89 -vuotiaista (10,8 %) oli niitä, jotka eivät osanneet sanoa mielipidettään asiasta. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.037$). (Liitetaulukko 10.)

Hieman yli puolet (54 %) potilaista ottaa hoitolaitoksessa ollessaan kaikki heille annettavat lääkkeet kyselemättä mitä ne ovat. Vajaa puolet (45 %) potilaista oli asiasta eri mieltä. (Taulukko 14.) Miehistä noin kuusi potilasta kymmenestä (65,7 %) ottaa kaikki annettavat lääkkeet kyselemättä mitä ne ovat. Naisista niin ilmoitti tekevänsä alle puolet (47,6 %). Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.005$). (Liitetaulukko 9.)

Kaksi potilasta kolmesta (75 %) oli sitä mieltä, että hoitavan henkilökunnan tulisi uskoa potilasta, jos hän sanoo lääkkeiden olevan vääriä. Vajaa viidesosa (16 %) potilaista oli asiasta kuitenkin eri mieltä. Mielipidettään ei osannut sanoa noin joka kymmenes (9 %) potilas. (Taulukko 14.)

Suurin osa (80 %) potilaista arvioi, että potilaat voivat auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä. Joka kymmenes potilas oli asiasta kuitenkin eri mieltä. (Taulukko 14.) Nuorimman ikäluokan (19–50 -vuotta) potilaista melkein kaikki (95 %) oli sitä mieltä, että potilaat voivat auttaa virheiden ehkäisemisessä. Eniten erimieltä asiasta olivat 51–65 -vuotiaat potilaat (16,7 %). Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.036$). (Liitetaulukko 10.) Koulutusryhmittäin tarkasteltuna eniten sitä mieltä, että potilaat voivat auttaa virheiden ehkäisemisessä olivat keskiasteen koulutuksen käyneet potilaat (83,6 %) ja vähiten perustai kansakoulun käyneet potilaat (76,5 %). Noin joka viides (21,5 %) korkea-asteen koulutuksen saaneista potilaista oli asiasta eri mieltä. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.012$). (Liitetaulukko 11.)

Ammatilla, sattuneilla virheillä ja hoitopaikalla ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä alla esitettyihin muuttujiin. (Liitetaulukot 12,13,14.)

Taulukko 14. Potilaiden (n=168–173) yleiset näkemykset vastuusta ja virheiden ehkäisystä (n, %)

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)
Potilaat ovat itse osittain vastuussa hoitonsa turvallisuudesta (n=172)	5	14	7	43	31
Hoitolaitoksessa ollessani otan kaikki minulle annettavat lääkkeet kyselemättä mitä ne ovat (n=172)	18	27	1	34	20
Hoitavan henkilökunnan tulisi uskoa potilasta, jos hän sanoo lääkkeiden olevan väärä (n=168)	5	11	9	41	34
Mielestäni potilaat voivat auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä (n=173)	3	7	10	40	40

5.2.11 Potilaiden palautteet potilasturvallisuudesta

Potilailla oli avoimessa vastauksessa mahdollisuus kertoa, kommentoida tai antaa palautetta potilasturvallisuudesta. Viisikymmentäkaksi potilasta vastasi kysymykseen ja mainintoja tuli yhtä monta. Vastaajista naisia oli noin kuusi potilasta kymmenestä (63,5 %) ja miehiä runsas kolmannes (36,5 %). Suurin osa vastaajista (36,5 %) oli iältään 51–65 -vuotiaita. Vähiten vastaajissa oli 19–50 -vuotiaita (19,2 %).

Osa potilaiden kommentaista liittyi turvallisuuteen yleisellä tasolla. Potilaat kokivat potilasturvallisuuden olevan Suomessa hyvä ja toivoivat, että se pysyisikin sellaisena.

”kyllä se [potilasturvallisuus] Suomessa on hyvä”

”Suomessa paras maailmassa”

”Julkinen terveydenhuolto= tärkeä potilaan turvallisuuden kannalta pysytään siinä!”

”Kokonaisuutena potilasturvallisuus on hyvä ... Suomalaiseen sairaalaan voi mennä turvallisesti mielin. Pitäkäämme sama linja edelleenkin. ”

Potilaat pitivät potilasturvallisuutta myös tärkeänä aiheena terveydenhuollossa. Lisäksi he toivoivat, että sitä pidettäisiin jatkuvasti esillä.

”Tärkeä aihe, potilasturvallisuutta tuskin voi korostaa liikaa”

”Pidän potilaan ja sh-järjestelmän kohdalta tärkeänä, että kysymys on jatkuvasti esillä”

Potilaat olivat myös sitä mieltä, että potilaiden oma aktiivisuus potilasturvallisuusasioissa on tärkeää.

”Täytyy itse olla aktiivinen”

Osa potilaista puolestaan koki, että hoitavan henkilökunnan tehtävänä on taata potilasturvallisuus ja että heidän tulee olla myös potilaiden puolestapuhujia.

”Mielestäni hoitavan henkilökunnan täytyy tietää asiat, mukaan lukien lääkärin, potilas vaan valittaa mikä on vialla tai sairas.”

”pitäkää potilaiden puolta”

”...entäs potilas, joka ei ole yhtä aktiivinen, kuin satuin tässä tapauksessa olemaan, muistamaan tai muuten heikko? Jäi mietittävää, että näinkö potilaan huoleksi jätetään sellaisia asioita, jotka mielestäni kuuluu sieltä sairaalan puolelta hoitaa. ”

Osa potilaista puolestaan toivoi, että sairaalat jakaisivat potilaille enemmän tietoa potilasturvallisuudesta.

”Mielestäni sairaalat itse voisivat jakaa enemmän tietoa potilasturvallisuudesta. Monilla tietoa on kuitenkin hyvin vähän”

Potilaat myös toivoivat lisää hoitavaa henkilökuntaa, jotta heillä olisi enemmän aikaa potilaille ja näin ollen potilasturvallisuus paranisi.

”...kiire on oleellinen asia. Henkilökuntaa enemmän!”

”Jos hoitohenkilökunnalla olisi enemmän aikaa antaa potilaille, olisi potilasturvallisuus paljon parempi”

”Henkilökuntaa tartsis lisää, olis aikaa enemmän potilaalle. Niissä paikoissa jossa olen ollut potilaana henkilökunta on ollut kiireestä huolimatta? ystävällistä”

”Henkilökuntaa voisi lisätä potilasturvallisuuden varmistamiseksi”

Potilaat myös antoivat kiitosta hoidosta ja ottivat samalla kantaa turvallisuuden tunteeseen, koettuun ilmapiiriin ja lääkäreiden käyttämään kieleen ja sen ymmärrettävyyteen. Potilaat pitivät saamaansa hoitoa erittäin hyvänä ja suunnitellun tuntuksena.

”ystävällinen, rauhallinen hyvin suunnitellun tuntuinen toiminta”

”... olen saanut erittäin hyvän ja turvallisen hoidon. Ihanat hyvät hoitajat osaavat työnsä ja käsitellä erilaisia ihmisiä. Samoin hyvät lääkärit kertovat sairaudesta selkokielellä. Kiitos.”

”Tuli oikein turvallinen, hyvä hoidettu olo. Minusta pidettiin hyvää huolta. Kiitos!!!!”

Toisaalta potilaat toivat esille myös epäkohtia, joita olivat kokeneet joko itse omassa hoidossaan tai omaisena ollessaan. Ne liittyivät esimerkiksi avunpyytämisen vaikeuteen,

*”Potilas on pitkiä aikoja yksin, eikä kukaan käy huoneessa, ei aina keh-
taa/ilkeä soittaa kelloa. Ensimmäistä kertaa kyynärsauvoilla liikkuvalla kom-
puroijalle kyllä tarjottiin apua pesulla käyntiin n. 5m päässä, mutta kotiin
lähtiessä piti pyytää saattajaa hissiin ja alakertaan...”*

ja potilaiden lääkityksiin, esimerkiksi rauhoittavien tai unilääkkeiden käytön osalta.

*”Jos vanhuksella ei ole lähiomaisia huolehtimassa hänen hoidostaan, niin
hänelle syötetään liikaa lääkkeitä, osa turhia ja annetaan rauhoittavia lää-
keitä, jotka turruttavat vanhuksen, että hän on sekava ja nukkuu vain...”*

*”... turvauduttiin liian usein rauhoittavien lääkkeiden/unilääkkeiden käyt-
töön. Kaatumiset/sängystä putoamiset sattuivat usein ilta ja yöaikaan”*

Osa kuvauksista liittyi puolestaan virheellisiin lääkemääräyksiin ja lääkkeiden sivuvaikutuksista kertomiseen.

”lääkäri kirjoittama kipulääkereseptissä oli määrää koskeva virhe. Apteekista asia tarkistettiin ennen kuin lääkkeet annettiin. Kipulääkettä piti olla sata kpl, oli kirjoitettu 10 kpl”

”Annettavista lääkkeiden sivuvaikutuksista tulisi kertoa potilaalle ajoissa”

Potilaat ottivat kantaa myös erilaisiin tietojärjestelmiin ja niistä johtuviin ongelmiin

”Eri sairaaloiden... tietojärjestelmät yhteneväisiksi, jotta hoitohenkilöstö saa tarvittavat tiedot HETI”

sekä vaitiolovelvollisuuden säilyttämiseen,

”muut hoidettavat voivat kuulla keskusteluni hoitohenkilökunnan kanssa, jos tila jaettu sermein ja verhoihin”

sekä potilaiden mielipiteiden huomioimiseen.

”Potilasta on kuunneltava. On uskallettava sanoa: olet 1. tapaus urallani. On lääkärin tohdittava kysyä [toisesta sairaalasta] tietoa, jos ei itse tiedä! jos potilas on asiallinen ja muistissaan tai epäilee hänen muistiaan on viisautta kysyä. Kasvonsa säilyttää kysymällä, ei vähättelemällä. Jokaisella meillä on aukkoja tiedoissamme... Ei ole tyhmiä kysymyksiä ja koko ajan lääketiede ja sairaanhoito kehittyy. Muistakaa: potilas on tunteva ihminen. Myös alan asiantuntija voi joutua potilaaksi!”

5.3 Potilaiden kokemukset potilasturvallisuuden eri osa-alueista viimeisimmältä hoitajaksolta

5.3.1 Potilaiden kokemukset hoidon turvallisuudesta

Melkein kaikki (96 %) potilaat koki, että hoitava henkilöstö teki parhaansa turvatakseen heidän hoitonsa viimeisimmällä hoitajaksolla. Eri mieltä asiasta oli vain 3 % potilaista. (Taulukko 15.) Päiväkirurgian yksikössä hoidossa olleista potilaista kaikki (100 %) olivat sitä mieltä, että hoitava henkilöstö teki parhaansa turvatakseen heidän hoitonsa. Sen sijaan vuodeosastoilla hoidettavana olleista potilaista 6 % oli asiasta eri mieltä. Ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä ($p=0.059$). (Liitetaulukko 15.)

Potilaista vajaa puolet (42 %) koki, että sai tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista hoidossa ollessaan. Noin joka kymmenes (11 %) potilas kuitenkin koki, ettei saanut tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista. Runsas neljännes (27 %) potilasta puolestaan koki, ettei asia koskenut senhetkistä hoitojaksoa. (Taulukko 15.) Miehet (92,5 %) olivat naisia (80,3 %) enemmän sitä mieltä, että saivat tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista hoidossa ollessaan. (Liitetaulukko 16.) Samoin olivat korkea-asteen koulutuksen saaneet (90 %) potilaat verrattuna keskiasteen koulutuksen saaneisiin (81 %) potilaisiin. (Liitetaulukko 17.) Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä.

Potilaista vajaa puolet (42 %) arvioi, että heille kerrottiin hoitoon liittyvistä riskeistä. Vajaa viidennes (15 %) potilaista puolestaan koki, ettei heille kerrottu hoitoon liittyvistä riskeistä viimeisimmällä hoitajaksolla. Potilaista noin viidennes (21 %) arvioi, ettei asia koskenut heidän senhetkistä hoitojaksoa. (Taulukko 15.) Miehet (85,2 %) olivat naisia (78,3 %) enemmän sitä mieltä, että heille kerrottiin hoitoon liittyvistä riskeistä viimeisimmällä hoitajaksolla. Ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. (Liitetaulukko 16.)

TAULUKKO 15. Potilaiden (n=173–174) kokemukset hoidon turvallisuudesta viimeisimmällä hoitojaksolla (n, %).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)	Ei koskenut hoitojaksoani (%)
Hoitava henkilöstö teki parhaansa turvakseni hoitoni turvallisuuden (n=173)	1	2	13	83	1
Sain tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista hoidossa ollessani (n=171)	3	8	20	42	27
Minulle kerrottiin riskeistä, mitä hoitoni liittyy (n=174)	6	9	22	42	21

5.3.2 Potilaiden kokemukset laiteturvallisuudesta

Potilaista yli puolet (57 %) koki, että hoitava henkilöstö kertoi heille hoidossa käytettävistä laitteista ja niiden toiminnasta viimeisimmällä hoitojaksolla ollessaan. Eri mieltä oli joka kymmenes (10 %) potilaista. Kolmas osa (33 %) potilaista puolestaan koki, ettei asia koskenut senhetkistä hoitojaksoa. (Taulukko 16.) Miehistä melkein kaikki (97,8 %) arvioi, että heille kerrottiin laitteista ja niiden toiminnasta viimeisimmällä hoitojaksolla. Naisista puolestaan melkein neljännes (23,9 %) oli asiasta eri mieltä. Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.002$). (Liitetaulukko 16.)

Noin kolmasosa (32 %) potilaista arvioi, että heille kerrottiin miten heidän tulee toimia, jos hoidossa käytettävä laite hälyttää. Noin joka kymmenes (13 %) potilas oli asiasta kuitenkin eri mieltä. Yli puolet (55 %) potilaista koki, ettei asia koskenut senhetkistä hoitojaksoa. (Taulukko 16.) Perus- tai keskikoulun käyneet potilaat (87,5 %) olivat enemmän samaa mieltä siitä, että heille kerrottiin miten tulee toimia kun laite alkaa hälyttää, kuin keskiasteen (51,9 %) tai korkea-asteen koulutuksen saaneet potilaat (66,7 %). Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.003$). (Liitetaulukko 17.)

Johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivista potilaista kaikki olivat sitä mieltä, että heille kerrottiin miten heidän tulee toimia, jos laite alkaa hälyttää. Vastaavasti ei työelä-

mässä olevista potilaista vain joka viides (20 %) ilmoitti, että heille oli kerrottu asiasta. (Liitetaulukko 19.) Miehet (82,4 %) olivat naisia (62,8 %) enemmän sitä mieltä, että heille kerrottiin miten heidän tulee toimia laitteen hälyttäessä. (Liitetaulukko 16.)

TAULUKKO 16. Potilaiden (n=169–170) kokemukset laiteturvallisuudesta viimeisimmällä hoitajaksolla (n, %).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)	Ei koskenut hoitajaksoani (%)
Hoitava henkilöstö kertoi minulle hoidossani käytettävistä laitteista ja niiden toiminnasta (n=170)	3	7	21	36	33
Hoitava henkilöstö kertoi miten minun tulee toimia, jos hoidossani käytettävä laite hälyttää (n=169)	6	7	7	25	55

5.3.3 Potilaiden kokemukset lääketurvallisuudesta

Suurin osa (90 %) potilaista koki, että heidän kipuaan hoidettiin hyvin viimeisimmällä hoitajaksolla. Vain yksi prosentti potilaista oli eri mieltä asiasta. Lähes kaikki (96 %) potilaat kokivat myös olleensa täysin tietoisia lääkityksestään, kun heidät kotiutettiin. (Taulukko 17.)

Hieman vajaa puolet (42 %) potilaista sai kotiutuessaan ajantasaisen lääkelistan mukaansa. Vajaa viidennes (17 %) potilaista puolestaan arvioi ettei sitä saanut. Melkein puolet (41 %) potilaista koki, ettei asia koskenut heidän senhetkistä hoitajaksoa. (Taulukko 17.) Johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivista potilaista kuusi kymmenestä (60 %), työntekijöistä runsas puolet (52,6 %) ja eläkeläisistä melkein yhdeksän kymmenestä (88,9 %) arvioi saaneensa ajantasainen lääkelistan kotiutuessaan. Sen sijaan yrittäjistä noin kuusi kymmenestä (66,7 %) ja ei työelämässä olevista runsas puolet (57,1 %) oli asiasta eri mieltä. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla ($p=0.000$). (Liitetaulukko 19.)

Tarkasteltaessa asiaa ikäluokittain ilmeni, että 76–89 -vuotiaat ja 19–50 -vuotiaat arvioivat useammin, että saivat mukaansa ajantasaisen lääkekortin kuin 51–65 -vuotiaat ja 66–75 vuotiaat. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.026$). (Liitetaulukko 18.) Koulutusryhmittäin tarkasteltuna perus- tai kansakoulun käyneet potilaat arvioivat useammin (82,4 %) saaneensa kotiutuessaan ajantasaisen lääkekortin kuin muut (keskiasteen koulutuksen saaneet 56,7 % ja korkea-asteen käyneet 66,7 %). Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.041$). (Liitetaulukko 17.)

Potilaista yli puolet (59 %) koki, että heille annettiin suullista tietoa uusista lääkkeistä viimeisimmällä hoitojaksolla ollessaan. Noin joka kymmenes (11 %) potilas oli kuitenkin asiasta eri mieltä. Kirjallista tietoa uusista lääkkeistä ilmoitti saaneensa runsas kolmasosa (38 %) potilaista. Viidennes (20 %) ei ollut saanut mielestään kirjallista tietoa uusista lääkkeistä. (Taulukko 17.) Eniten kirjallista tietoa uusista lääkkeistä kokivat saaneensa kaikista vanhimmat eli 76–89 -vuotiaat potilaat (85 %). Eniten eri mieltä asiasta olivat 66–75 -vuotiaat (56,3 %). Suurin osa 19–50 -vuotiaista (66,7 %) ja 51–65 -vuotiaista (68,8 %) arvioi, että heille annettiin kirjallista tietoa uusista lääkkeistä. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.037$). (Liitetaulukko 18.)

Noin kahdeksan potilasta kymmenestä (79 %) arvioi, että heille kerrottiin miten heidän tulee käyttää lääkkeitään. Noin joka kymmenes potilas (9 %) potilas oli kuitenkin asiasta eri mieltä, ja reilu kymmenes osa (12 %) potilaista koki, ettei asia koskenut heidän senhetkistä hoitojaksoaan. (Taulukko 17.) Päiväkirurgian potilaista melkein kaikki (95,8 %) arvioi, että heille kerrottiin miten heidän tulee käyttää lääkkeitään kun taas puolestaan vuodeosastopotilaista melkein viidennes (17,1 %) oli asiasta eri mieltä. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.012$). (Liitetaulukko 15.) Myös miehet (95,1 %) koki naisia (86,5 %) enemmän, että heille kerrottiin miten heidän tulee käyttää lääkkeitään. Ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevällä tasolla. (Liitetaulukko 16.)

Potilaista melkein puolet (47 %) koki, että heille kerrottiin viimeisimmällä hoitojaksolla millaisia sivuvaikutuksia heidän käyttämillä lääkkeillä oli. Eri mieltä asiasta oli lähes viidennes (19 %) potilaista ja yli kolmas osa (34 %) potilaista koki, ettei asia koskenut hoitojaksoa. (Taulukko 17.)

Noin neljä potilasta kymmenestä (43 %) arvioi, että heille kerrottiin miksi uusi lääke aloitettiin. Eri mieltä asiasta oli 6 % potilaista. (Taulukko 17.) Ikäluokittain tarkasteltuna suurin osa 19–50 -vuotiaista (93,3 %), 51–65 -vuotiaista (92,3 %) sekä 76–89 -vuotiaista (95,7 %) oli sitä mieltä, että heille kerrottiin miksi heille aloitettiin uusi lääke, kun taas puolestaan 66–75 -vuotiaista kolmas osa (33,3 %) oli asiasta eri mieltä. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.026$). (Liitetaulukko 18.)

TAULUKKO 17. Potilaiden (n=168–175) kokemukset lääketurvallisuudesta viimeisimmällä hoitojaksolla (n, %)

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)	Ei koskenut hoitojaksoani (%)
Hoitopaikassa ollessani kipuni hoidettiin hyvin (n=175)	1	0	6	84	9
Kotiutuessani olin täysin tietoinen lääkityksestäni (n=173)	1	1	6	90	2
Kotiutuessani minulle annettiin mukaan ajantasainen lääkekortti (n=169)	13	4	5	37	41
Minulle annettiin suullista tietoa uusista lääkkeistäni (n=171)	3	8	14	45	30
Minulle annettiin kirjallista tietoa uusista lääkkeistäni (n=168)	14	6	8	30	42
Minulle kerrottiin, miten minun tulee käyttää lääkkeitäni (säännöllisesti vai tarvittaessa, ennen vai jälkeen aterian) (n=172)	4	5	7	72	12
Minulle kerrottiin, millaisia sivuvaikutuksia käyttämälläni lääkkeillä on (n=170)	11	8	20	27	34
Minulle kerrottiin, miksi minulle aloitettiin uusi lääke (n=171)	1	5	8	35	51

5.3.4 Potilaiden kokemukset osallistumisesta omaan hoitoon viimeisimmällä hoitojaksolla

Potilaista yli puolet (56 %) koki, että hoitava henkilöstö antoi heidän osallistua omaan hoitoonsa viimeisimmällä hoitojaksolla ollessaan. 7 % potilaista oli asiasta eri mieltä. Runsas kolmasosa (37 %) potilaista puolestaan koki, ettei asia koskenut heidän senhetkistä hoitojaksoa. (Taulukko 18.) Nuorimmasta ikäluokasta (19–50 vuotta) kaikki potilaat arvioi, että heille annettiin mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa. Myös 66–75 -vuotiaista melkein kaikki (95,8 %) olivat samaa mieltä asiasta. Sen sijaan 51–65 -vuotiaista vajaa viidennes (15,6 %) ja noin viidennes (20,2 %) 76–89 -vuotiaista kokivat, ettei heille annettu mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa viimeisimmällä hoitojaksolla. Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.046$). (Liitetaulukko 18.) Korkea-asteen koulutuksen saaneista potilaista kaikki koki, että heidän annettiin osallistua omaan hoitoonsa, kun taas puolestaan noin joka kymmenes (12,5 %) perus- tai kansakoulun sekä keskiasteen koulutuksen (11,4 %) käyneistä potilaista oli eri mieltä asiasta. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. (Liitetaulukko 17.)

Yhdeksän potilasta kymmenestä (90 %) tunsivat saaneensa hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemaansa tietoa viimeisimmällä hoitojaksolla ollessaan. Neljä prosenttia potilaista oli eri mieltä. (Taulukko 18.) Sellaiset potilaat, joille ei ollut koskaan sattunut (97,7 %) tai jotka eivät tienneet oliko (100 %) heidän hoidossaan sattunut virheitä olivat enemmän samaa mieltä siitä, että saivat hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemaansa tietoa kuin ne potilaat, jotka olivat kohdanneet joskus virheen hoitonsa aikana (88,6). Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.037$). (Liitetaulukko 20.) Kaikki miehet kokivat saaneensa hoitavalta henkilöstöltä tietoa aina kun sitä tarvitsivat. Naisista vajaa kymmenes osa (6,1 %) koki, ettei saanut aina tarvitsemaansa tietoa. Ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. (Liitetaulukko 16.)

Potilaista melkein kaikki (97 %) koki, että hoitajat puhuivat heille ymmärrettävällä tavalla. Vain kaksi prosenttia potilaista oli asiasta eri mieltä. Suurin osa (93 %) potilaista oli myös sitä mieltä, että lääkärit puhuivat heille ymmärrettävällä tavalla. Potilaista viisi prosenttia kuitenkin arvioi ettei näin ollut. (Taulukko 18.)

Aikaisemmin sattuneiden virheiden yhteys näkyi niin että ne potilaat, joille oli joskus aikaisemmin tapahtunut hoitonsa aikana virhe tai virheitä olivat useammin eri mieltä (11,4 %) kuin ne, joille virheitä ei ollut koskaan sattunut (1,1 %) tai ne, jotka eivät tiedäneet oliko heidän hoidossa joskus sattunut virheitä (8,1 %). Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.012$). (Liitetaulukko 20.) 51–65 -vuotiaista ja 76–89 vuotiaista potilaista kaikki olivat sitä mieltä, että lääkärit puhuivat heille ymmärrettävällä tavalla, kun taas puolestaan vajaa viidennes (18,2 %) 66–75 -vuotiaista ja viisi prosenttia 19–50 -vuotiaista oli asiasta eri mieltä. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla ($p=0.000$). (Liitetaulukko 18.)

Noin kahdeksan potilaista kymmenestä (84 %) oli sitä mieltä, että hoitava henkilöstö rohkaisi heitä kyselemään epäselvistä asioista viimeisimmällä hoitojaksolla. Noin joka kymmenes (9 %) potilas oli asiasta kuitenkin eri mieltä. (Taulukko 18.) Noin yhdeksän potilaista kymmenestä (94,1 %) niistä, jotka eivät olleet koskaan kohdanneet virheitä omassa hoidossaan ja niistä, jotka eivät tiedäneet virheiden sattumisesta (91,7 %) olivat samaa mieltä siitä, että heitä rohkaistiin kyselemään epäselvistä asioista viimeisimmällä hoitojaksolla. Sen sijaan melkein neljännes (23,5 %) niistä potilaista, joille virheitä oli joskus sattunut omassa hoidossaan, oli eri mieltä asiasta. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.021$). (Liitetaulukko 20.) Myös hoitopaikalla oli yhteys asiaan niin, että päiväkirurgian potilaat (95,8 %) olivat useammin samaa mieltä siitä, että heitä rohkaistiin kyselemään epäselvistä asioista kuin vuodeosasto potilaat (85 %). Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.027$). (Liitetaulukko 15.) Iän yhteys näkyi puolestaan niin, että nuorempien ikäluokkien (19–50 -vuotiaista 97,4 % ja 51–65 -vuotiaista 96,5 %) potilaat olivat enemmän samaa mieltä kuin vanhempien (66–75 -vuotiaista 75 % ja 76–89 -vuotiaista 83,9 %) ikäluokkien potilaat siitä, että heitä rohkaistiin kyselemään epäselvistä asioista. Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.002$). (Liitetaulukko 18.)

Potilaista melkein puolet (48 %) potilaista koki, että hoitajat kannustivat heitä osallistumaan omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon viimeisimmällä hoitojaksolla ollessaan. Noin joka kymmenes (12 %) potilas oli kuitenkin asiasta erimieltä. (Taulukko 18.) 19–50 -vuotiaista potilaista kaikki olivat samaa mieltä siitä, että hoitajat kannustivat heitä osallistumaan omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Sen sijaan muiden ikäluokkien potilaista 21,7–29,2 % oli eri mieltä väitteestä. Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.016$).

(Liitetaulukko 18.) Hoitopaikan yhteys näkyi niin, että päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleista potilaista melkein kaikki (91,7 %) olivat samaa mieltä siitä, että hoitajat kannustivat osallistumaan omaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon, kun taas vuodeosastolla olleista potilaista noin neljännes (25,4 %) oli asiasta eri mieltä. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.039$). (Liitetaulukko 15.)

Puolet potilaista (50 %) koki myös, että lääkärit kannustivat heitä omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Noin joka kymmenes (12 %) oli asiasta eri mieltä. Runsas kolmas osa (38 %) potilaista arvioi, ettei asia koskenut heidän senhetkistä hoitojaksoa. (Taulukko 18.)

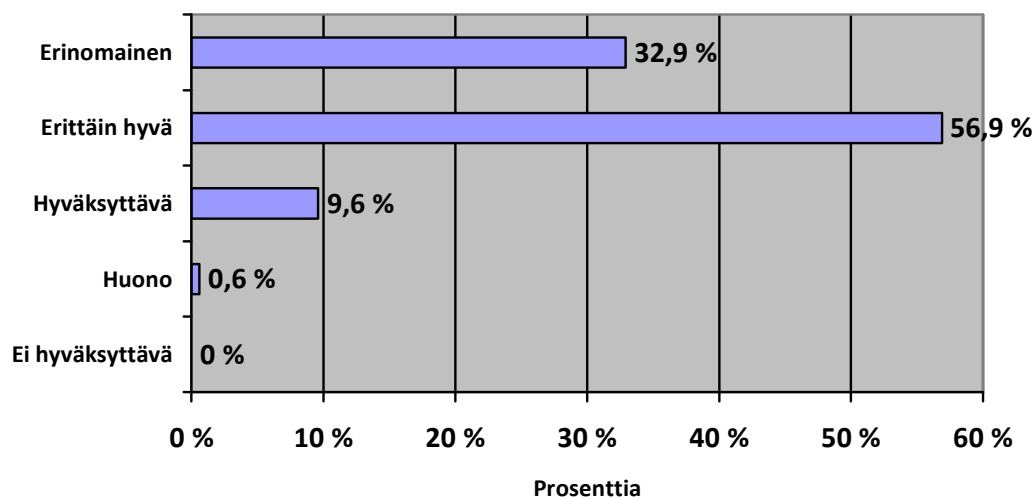
Suurin osa potilaista (87 %) arvioi, että hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella hoidosta heidän kanssaan. Joka kymmenes potilas kuitenkin oli asiasta eri mieltä. (Taulukko 18.) Päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleista potilaista melkein kaikki (96,1 %) potilaat kokivat, että hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella hoidosta heidän kanssaan. Sen sijaan vuodeosastoilla hoidettavina olleista potilaista vajaa viidennes (16,9 %) oli eri mieltä asiasta. Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.008$). (Liitetaulukko 15.) Ikäluokittain tarkasteltuna 19–50 -vuotiaista (94,9 %) ja 51–65 -vuotiaista (94,8 %) potilaista melkein kaikki olivat samaa mieltä siitä, että hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella hoidosta heidän kanssaan. Sen sijaan 66–75 -vuotiaista potilaista vajaa viidennes (23,5 %) ja 76–89 -vuotiaista noin joka kymmenes (11,4 %) olivat asiasta eri mieltä. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.038$). (Liitetaulukko 18.)

TAULUKKO 18. Potilaiden (n=166–173) kokemukset osallistumisesta omaan hoitoon viimeisimmällä hoitojaksolla (n, %).

	Täysin eri mieltä (%)	Jokseen- kin eri mieltä (%)	Jokseen- kin samaa mieltä (%)	Täysin samaa mieltä (%)	Ei koske- nut hoito- jaksoani (%)
Hoitava henkilöstö antoi minun osallistua omaan hoitooni (n=166)	2	5	19	37	37
Sain hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemaani tietoa (n=173)	2	2	15	75	6
Hoitajat puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla (n=173)	1	1	12	85	1
Lääkärit puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla (n=173)	1	4	23	70	2
Hoitava henkilöstö rohkaisi minua kyselemään epäselvistä asioista (n=171)	2	7	19	65	7
Hoitajat kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon (n=169)	5	7	20	28	40
Lääkärit kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon (n=170)	5	7	17	33	38
Hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella kanssani hoidostani (n=172)	3	7	24	63	3

5.3.5 Potilaiden arviot potilasturvallisuuden tasosta viimeisellä hoitojaksolla

Potilaista noin kolmannes (32,9 %) arvioi viimeisimmän hoitopaikan potilasturvallisuuden tason erinomaiseksi. Erittäin hyväksi sen arvioi reilu puolet (56,9 %) potilaista. Noin joka kymmenes (9,6 %) arvioi hoidon tason olevan hyväksyttävä ja huonoksi sen arvioi vajaa prosentti (0,6 %) potilaista. Yksikään potilas ei arvioinut potilasturvallisuuden tason olevan ei hyväksyttävä. (Kuvio 4.)



KUVIO 5. Potilasturvallisuuden taso potilaiden arvioimana (n=167, %).

Päiväkirurgian yksiköstä kotiutuneista potilaista melkein kaikki (96,1 %) arvioi potilasturvallisuuden tason olevan erinomaisen tai erittäin hyvän ja vajaa neljä prosenttia (3,9 %) piti sitä hyväksyttävänä. Vuodeosastoilla hoidettavana olleista potilaista puolestaan noin kahdeksan potilasta kymmenestä (84,3 %) piti tasoa erinomaisena tai erittäin hyvänä. Hieman yli joka kymmenes (14,5 %) potilaista piti tasoa hyväksyttävänä ja 1,2 % huonona. Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.021$). (Liitetaulukko 21.)

Korkea-asteen koulutuksen saaneista potilaista melkein kaikki (96,4 %) arvioivat potilasturvallisuuden tason olevan erinomainen tai erittäin hyvä. Vain 3,6 % heistä arvioi tason olevan huono. Keskiasteen koulutuksen saaneista puolestaan noin yhdeksän potilasta kymmenestä (91,8 %) arvioi tason erinomaiseksi tai erittäin hyväksi ja noin joka kymmenes (8,2 %) arvioi sen hyväksyttäväksi. Perus- tai kansakoulun käyneistä potilaista noin kahdeksan potilasta kymmenestä (85,7 %) arvioi tason olevan erinomainen tai erittäin hyvä ja hieman yli joka kymmenes (14,3 %) arvioi sen hyväksyttäväksi. Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.044$). (Liitetaulukko 21.)

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kaikki johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivat potilaat arvioivat potilasturvallisuuden tason olevan erinomainen tai erittäin hyvä. Työntekijöistä noin yhdeksän potilasta kymmenestä (95,2 %) arvioi tason erinomaiseksi tai erit-

täin hyväksi ja vajaa viisi prosenttia (4,8 %) hyväksyttäväksi. Yrittäjistä 75 % arvioivat tason olevan erinomainen tai erittäin hyvä ja neljännes (25 %) arvioi sen hyväksyttäväksi. Eläkeläisistä noin kahdeksan potilasta kymmenestä (87 %) arvio tason olevan erinomainen tai erittäin hyvä ja noin joka kymmenes (13 %) hyväksyttävä. Ei työelämässä olevista yhdeksän kymmenestä (90,9 %) arvioi tason erinomaiseksi tai erittäin hyväksi ja noin joka kymmenes (9,1 %) huonoksi. Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.019$). (Liitetaulukko 21.)

Sellaisista potilaista, joille virheitä oli joskus hoidon aikana sattunut, arvioi potilasturvallisuustason erinomaiseksi tai erittäin hyväksi noin seitsemän potilasta kymmenestä (77,8 %). Noin viidennes heistä (19,4 %) arvioi sen olevan hyväksyttävä ja huonoksi sen arvioi heistä 2,8 %. Sen sijaan sellaisista potilaista, joille virheitä ei koskaan ole sattunut, melkein kaikki (94,4 %) arvioi tason olevan erinomainen tai erittäin hyvä. Hyväksyttäväksi sen arvioi heistä 5,6 %. Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.034$). (Liitetaulukko 21.)

Ikäluokittain tarkasteltuna, 19–50 -vuotiaista melkein kaikki (97,5 %) arvioivat potilasturvallisuuden tason olevan erinomainen tai erittäin hyvä. Toisaalta heistä 2,5 % arvioi tason olevan huono. 66–75 -vuotiaat arvioivat tason hieman huonommaksi kuin muut ikäluokat, sillä heistä noin seitsemän potilasta kymmenestä (72,7 %) arvioi tason olevan erinomainen tai erittäin hyvä ja reilu neljännes (27,3 %) arvioi tason hyväksyttäväksi. Erot olivat tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($p=0.001$). (Liitetaulukko 21.)

5.2.5 Potilaiden virheiden tunnistaminen ja niiden käsittely

Noin viidennes (22 %) potilaista ilmoitti, että heidän hoidon aikana on joskus sattunut virhe tai virheitä. Vähän yli puolelle (56 %) potilaista virheitä ei ollut koskaan tapahtunut ja noin viidennes (22 %) ilmoitti, ettei tiennyt oliko omassa hoidossa sattunut joskus virhe. Potilaista, jotka oli huomanneet virheen tapahtuneen, noin joka kymmenes (12 %) potilas oli ilmoittanut siitä jollekin organisaatiossa. Usein miten he olivat ilmoittaneet siitä hoitavalle lääkärille tai ylilääkärille ($n=11$), hoitajalle ($n=4$) tai lähettäneeseen terveyskeskuk-

seen (n=2). Potilasturvakeskukseen (n=2) tai potilasasiamiehelle (n=1) potilaista ilmoitti vain harvat. (Taulukko 19.)

Hoitava henkilöstö oli kertonut sattuneista virheistä vain 8 % potilaista. Anteeksi sattuneita virheitä oli pyydetty vain 3 % potilaista. 79 % potilaista ei vastannut tähän kysymykseen. (Taulukko 19.)

TAULUKKO 19. Virheistä ilmoittaminen (n=36–41) ja niiden käsittely (n, %).

	Kyllä (%)	Ei (%)	Ei vastannut kysymykseen (%)
Jos huomasitte virheen tapahtuneen, ilmoittitteko siitä kenellekään (n=41)	12	11	77
Kertoiko hoitava henkilökunta Teille tapahtuneesta virheestä (n=38)	8	14	78
Pyydettiinkö Teiltä anteeksi virheen sattumista (n=36)	3	18	79

Potilailta kysyttiin avoimella kysymyksellä millaisia virheitä heidän hoidossa on tapahtunut. Kysymys muotoiltiin niin, että sillä tarkoitettiin potilaiden kaikkia edellisiä hoitajaksoja. Näin ollen potilaiden kuvaamat virheet ovat voineet sattua missä terveydenhuollon organisaatiossa tahansa, eivätkä ne siten ole välttämättä tapahtuneet tämän tutkimuksen kohteena olevissa organisaatioissa.

Kaiken kaikkiaan kysymykseen vastasi 40 potilasta. Heistä naisia oli yli puolet (65 %) ja miehiä runsas kolmannes (35 %). Eniten virheitä ilmoittivat 76–89 vuotiaat (42,5 %) ja vähiten 19–50 vuotiaat (15 %). Potilaiden virheiden kuvaukset vaihtelivat hyvin paljon pituudeltaan sekä laadultaan. Osa potilaista oli kuvannut asian erittäin tarkkaan, jopa päivämääriä myöten ja osa puolestaan niukkasanaisesti. Potilaiden kuvaukset erilaisista virheistä voitiin jakaa luokkiin niin, että osa koski infektioita, osa väärää diagnoosia, osa liittyi hoitoon pääsyn ongelmiin, osa lääkitysvirheisiin, osa potilaan mielipiteiden huomiotta jättämiseen sekä epäonnistuneeseen hoitoon.

Potilaiden kuvaamat virheet koskivat esimerkiksi hoidon aikana saatuja infektioita.

”Nivelsideleikkauksen jälkeen leikkaushaava tulehtui ja siitä on seurannut 6 lisäleikkausta ... on todettu hoitovirheeksi”

”Minulle tehtiin ohitusleikkaus.. ja muutaman tunnin kuluttua havaittiin vuoto ja avattiin uudelleen. Minulle jäi tulehdus ... vasempaan keuhkoon menevä aukko oli tulehtunut.”

Osa potilaiden kuvauksista koski puolestaan väärää diagnoosia.

”Vatsakipujen takia terve umpisuoli leikattiin. Vika oli tulehtuneet divertikkelit sigmoidissa, jotka leikattiin samana vuonna myöhemmin, kun saatiin ensin tulehdus rauhoittumaan”

”Suolisolmua hoidettiin munuaiskivenä”

”Minulla luultiin olevan kohtutulehdus, kun myöhemmin selvisi, sen olevan kohdun ulkoinen raskaus. Selvisin viime hetkillä hengissä.”

Potilaiden kuvaamat virheet liittyivät myös hoitoon pääsyyn tai sen viivästymiseen. He eivät olleet joko saaneet hoitoa lainkaan tai hoitoon pääsy oli viivästynyt.

”Hoitoonohjaus liian hidas/hoitoa ei saa -> oireet johtivat keuhkokuumeeseen ja yliopistolliseen sairaalahoitoon”

”Terveyskeskuksessa lonkkavaivaa ei pidetty minään, minut lähetettiin sen sijaan polvileikkaukseen. Leikkaava lääkäri kuitenkin totesi että lonkkien tilanne oli paljon kiireellisempi ja ne leikattiin ensin.”

”Sydän sairauden tutkimista viivyteltiin niin että sain infarktin ja sen seurauksena jouduin heti 3 suonen ohitukseen”

Osa potilaiden kuvauksista liittyi sopimattomaan tai väärän lääkitykseen, josta heille oli koitunut lisähoidon tarvetta.

”Väärä lääkitys (vaihdettu) itse huomasin oli niin selvä. Palattiin entiseen, kesti kauan että tilanne palautui ennalleen”

”Kilpirauhasen liikatoimisuus poistettiin, jatkettiin liikatoimisuus lääkitystä. Aiheutti maksan tukkeutumisen. Yliopistollinen sairaala nosti kyselyn lääke-tehdasta vastaan. Toteamus lääke aiheuttaa ongelmia 1:10000 tapauksessa”

”Olen saanut minulle sopimatonta verenpainelääkettä, jonka seurauksena paine on noussut korkeisiin lukemiin (240/145) ja olen joutunut päivystyspoliklinikalle ja sieltä suoraan sisätautiosastolle”

Potilaat kuvasivat myös virheitä liittyen heidän mielipiteiden huomiotta jättämiseen. Oireita vähäteltiin eikä potilaita kuunneltu vaikka he olivat sairastaneet sairautta pitkään.

”Ei ole kuunneltu. Oireita alkuvuosina vähäteltiin. Sairaus oli harvinainen, nuorten lääkärien on ollut vaikea ottaa potilaalta tietoa vastaan. Lääkityksen nosto infektio-tilanteessa on ollut vaikea. Jätetty korvauslääke nostamatta 3 vrk:si vaikka lämpö 40. Pyysin ja rukoilin. Lopulta vaadin. Ostopalvelu nuori lääkäri ei ollut uskoa potilasta! Samoin laskeminen ”normaaliin”.. Olen sairastanut sairautta yli 25 vuotta.”

Potilaat kuvasivat myös hoidon epäonnistumisia, joko niin että leikkaus oli tehty turhaan tai leikkauksesta oli seurannut heille lisähoitoa vaativa oire. Osa kuvauksista liittyi kipsauksen epäonnistumiseen.

”Turha täyhystysleikkaus (ei onnistunut)”

”Ensimmäisessä polven täyhystyksessä veri täytti polven ympärillä olevat lokerot. Jalka muuttui polven alapuolelta harmaaksi, yökivut olivat kovia ja jalkapohja oli lähes tunnoton. Kävin kirurgilla mutta hän oli neuvoton. Pyynnöstäni hän puhkaisi neulalla yhden lokeron ja paine helpotti osittain. Myöhemmin kävin yksityislääkärillä ja hän hoiti polven kuntoon. Hän myös kertoi oman näkemyksensä polven tilasta, joka oikeutti minut ympäröimään kyllä vaihtoehdon”

”Jalkamurtuman kipsaus ei onnistunut ensi kerralla. Tuli ilmi röntgenissä”

”Akkillesjänteeseen kortisoni pistos, josta aiheutui akillesjänteen katkeaminen, josta ei tullut hyvää juoksujalkaa koskaan.”

5.2.6 Potilasturvallisuuden osa-alueet keskiarvomuuttujittain

Potilaiden kokemukset hoidon turvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta olivat keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna hyvin myönteiset (ka 3.52). Ikäluokittain tarkasteltuna kaikista myönteisimpiä kokemuksia hoidonturvallisuudesta oli 51–65 -vuotiailla (ka 3.66) ja vähiten myönteisiä kokemuksia oli 66–75 -vuotiailla (ka 3.32). Ero oli tilastollisesti tarkasteltuna melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.018$). Samoin päiväkirurgian potilaat (ka

3.64) kokivat hoidonturvallisuuden hieman myönteisempänä kuin vuodeosastolla hoidettavana olleet potilaat (ka 3.41). Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.035$). (Taulukko 20.)

Keskiarvoja tarkastelemalla voidaan lisäksi nähdä, että miehet (ka 3,63), korkea-asteen koulutuksen saaneet (3,58) ja yrittäjät (ka 3,78) kokivat hieman naisia (ka 3.48), perus- tai kansakoulun käyneitä (ka 3.53) ja ei työelämässä olevia -potilaita myönteisemmin hoidon turvallisuuden viimeisimmällä hoitajaksolla. Lisäksi sellaiset potilaat, joille ei ole koskaan tapahtunut virheitä hoitonsa aikana arvioivat hoidon turvallisuuden myönteisemmin (ka 3,64) kuin sellaiset potilaat, joille virheitä on sattunut (ka 3,39) tai jotka eivät tiedä onko heidän hoidossaan joskus sattunut virheitä (ka 3,46). Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 20.)

Potilaiden kokemukset *laiteturvallisuudesta* olivat keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna melko myönteiset (ka 3.27). Miehet (ka 3,66) kokivat laiteturvallisuuden naisia (ka 3.07) myönteisemmin (ka 3,07). Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla ($p=0.001$). Ammatin yhteys potilaiden kokemuksiin laiteturvallisuudesta näkyi niin, että kaikista myönteisimmin sen kokivat johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivat potilaat (ka 3.62) ja vähiten myönteisimmin ei työelämässä -olevat potilaat (ka 2,42). Ammattiryhmien väliset erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p= 0.012$). (Taulukko 20.)

Tarkastelemalla keskiarvoja voidaan lisäksi myös nähdä, että ikäluokista kaikista myönteisimmin laiteturvallisuuden kokivat 76–89 -vuotiaat (ka 3,48), koulutusluokista perus- ja kansakoulun käyneet (ka 3,60) ja hoitopaikan suhteen tarkasteltuna vuodeosastoilla hoidettavana olleet potilaat (ka 3,37). Tarkasteltaessa asiaa aikaisemmin sattuneiden virheiden suhteen, kaikista myönteisimmin laiteturvallisuuden kokivat ne potilaat, joille ei ollut sattunut koskaan virheitä omassa hoidossa (ka 3.38). Nämä erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 20.)

Potilaiden kokemukset *lääketurvallisuudesta* viimeisimmällä hoitajaksolla olivat keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna myös hyvin myönteiset (ka 3.54). Ikäluokittain tarkasteltuna kaikista myönteisimmin lääketurvallisuuden kokivat 76–89 -vuotiaat (ka 3,70) ja vähiten myönteisimmin 66–75 -vuotiaat (ka 3,26). Ero oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla

($p=0.008$). Sattuneiden virheiden suhteen tarkasteltaessa ne potilaat, joille virheitä ei koskaan ollut sattunut (ka 3,66) kokivat lääketurvallisuuden myönteisemmin kuin ne, joille virheitä oli sattunut (ka 3,43) tai ne, jotka eivät tiedäneet oliko hoidossa joskus sattunut virheitä (ka 3,49). Myös tämä ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.047$). (Taulukko 20.)

Tarkasteltaessa keskiarvoja voitiin nähdä, että laiteturvallisuuden kokivat myönteisimmin miehet (ka 3.64) kuin naiset (ka 3.53), perus- tai kansakoulun (ka 3.64) ja korkea-asteen koulutuksen saaneet (ka 3.61) verrattuna keskiasteen koulutuksen saaneisiin (ka 3.52) sekä päiväkirurgian potilaat (ka 3.65) verrattuna vuodeosaston potilaisiin (ka 3.51). Lisäksi ammattiryhmistä kaikkein myönteisimmin lääketurvallisuuden kokivat johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivat potilaat (ka 3.71). Ero muihin ammattiryhmiin ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevällä tasolla. (Taulukko 20.)

Potilaiden kokemukset *potilaiden osallistumisesta omaan hoitoon* viimeisimmällä hoitajakaksella oli keskiarvomuuttujan avulla tarkasteltuna hyvin myönteinen (ka 3.60). Päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat (ka 3,76) kokivat hoitoon osallistumisen myönteisemmin kuin vuodeosastoilla olleet potilaat (ka 3,47). Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla ($p=0.000$). Myös ne potilaat, joille ei ollut sattunut koskaan virheitä hoidon aikana (ka 3,69) ja ne jotka eivät tiedäneet oliko virheitä sattunut (ka 3.61) arvioivat potilaiden osallistumisen mahdollisuuden paremmaksi kuin ne potilaat joille virheitä oli sattunut (ka 3,41). Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla ($p=0.020$). (Taulukko 20.) Muita keskiarvoja vertailtaessa huomattiin, että miehet (ka 3.66), 51–65 -vuotiaat (ka 3.71), keskiasteen koulutuksen saaneet (ka 3.68) ja johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivat potilaat (ka 3,75) kokivat potilaiden osallistumiseen kaikista myönteisimmin omista muuttujaluokissaan. Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 20.)

TAULUKKO 20. Taustamuuttujien yhteys potilaiden kokemuksiin eri potilasturvallisuuden osa-alueesta viimeiseltä hoitajaksolta (ka, sd, p-arvo).

Taustamuuttujat	Hoidon turvallisuus		Laite-turvallisuus		Lääke-turvallisuus		Osallistuminen omaan hoitoon	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
Sukupuoli	p=0.100		p=0.001***		p=0.279		p=0.766	
Nainen	3.48	0.676	3.07	0.978	3.53	0.639	3.59	0.540
Mies	3.63	0.617	3.66	0.603	3.64	0.606	3.66	0.448
Ikäluokka	p=0.018*		p=0.246		p=0.008**		p=0.112	
19–50 vuotta	3.59	0.474	3.09	0.835	3.65	0.479	3.70	0.348
51–65 vuotta	3.66	0.607	3.37	0.913	3.60	0.634	3.71	0.470
66–75 vuotta	3.32	0.678	3.31	0.928	3.26	0.717	3.40	0.615
76–89 vuotta	3.49	0.823	3.48	0.846	3.70	0.600	3.57	0.547
Koulutus	p=0.764		p=0.015		p=0.634		p=0.200	
Peruskoulu/kansakoulu	3.53	0.723	3.60	0.700	3.64	0.595	3.61	0.500
Keskiaste	3.54	0.642	3.10	0.988	3.52	0.659	3.68	0.490
Korkea-aste	3.58	0.479	3.16	0.913	3.61	0.589	3.53	0.524
Ammattiryhmä	p=0.110		p=0.012*		p=0.095		p=0.901	
Johtava asema tai toimihenkilö	3.68	0.442	3.62	0.506	3.71	0.450	3.75	0.282
Työntekijä	3.50	0.668	3.09	0.961	3.60	0.572	3.66	0.527
Yrittäjä	3.78	0.305	3.14	0.809	3.32	0.770	3.50	0.595
Eläkeläinen	3.54	0.680	3.48	0.858	3.64	0.587	3.59	0.523
Ei työelämässä	3.07	0.892	2.42	0.970	3.11	0.921	3.59	0.492
Sattuneet virheet	p=0.065		p=0.945		p=0.047*		0.020*	
Kyllä	3.39	0.680	3.20	1.127	3.43	0.676	3.41	0.610
Ei	3.64	0.598	3.38	0.828	3.66	0.582	3.69	0.439
En tiedä	3.46	0.734	3.37	0.756	3.49	0.687	3.61	0.517
Hoitopaikka	p=0.035*		p=0.345		p=0.145		p=0.000***	
Vuodeosastot	3.41	0.736	3.37	0.867	3.51	0.666	3.47	0.558
Päiväkirurgia	3.64	0.560	3.21	0.944	3.65	0.568	3.76	0.408
Kokonaiskeskiarvo	3.52		3.27		3.54		3.60	

Ka= keskiarvo, 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä, **SD= keskihajonta**

* Tilastollisesti melkein merkitseväällä tasolla $p < 0.05$

** Tilastollisesti merkitseväällä tasolla $p < 0.01$

*** Tilastollisesti erittäin merkitseväällä tasolla $p < 0.001$

6 POHDINTA

6.1 Keskeisten tulosten pohdintaa

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden yleisiä näkemyksiä potilasturvallisuudesta sekä sitä, millaisena potilaat kokevat potilasturvallisuuden eri osa-alueet viimeimmällä hoitajaksolla. Tarkoituksena oli myös kuvata taustamuuttujien yhteyttä niin potilaiden yleisiin näkemyksiin kuin myös heidän kokemuksiinsa viimeiseltä hoitajaksolta.

Potilaiden yleiset näkemykset potilasturvallisuudesta

Tässä tutkimuksessa potilaiden yleiset näkemykset potilasturvallisuudesta muodostuivat yhdeksästä osa-alueesta: potilaiden kommunikoinnista hoitavan henkilökunnan kanssa, potilaiden osallistumisesta omaan hoitoon, hoitavalta henkilökunnalta käsien pesusta kysymisestä, potilaiden luottamuksesta hoitavaan henkilökuntaan sekä hoidon turvallisuuteen, potilaiden virheiden tunnistamisesta, laitteista kertomisesta potilaalle, potilaiden potilasturvallisuustietoudesta, nimirannekkeiden käytöstä sekä potilaiden näkemyksistä vastuusta ja virheiden ehkäisemisestä.

Potilaat suhtautuivat *hoitavan henkilökunnan kanssa kommunikointiin* erittäin myönteisesti. Potilaat pitivät luontevana sitä, että he kysyvät lääkityksestään joko lääkäriltä tai hoitajalta. Tulos on yhtenevä aikaisempien tutkimusten kanssa (Walrath & Rose, 2007; Waterman ym., 2006), joiden mukaan lääkehoidosta kysyminen oli potilaiden mielestä helppoa kaikilta hoitohenkilökunnan jäseniltä. Suurin osa potilaista oli myös sitä mieltä, että heistä tuntuisi helpolta keskustella omasta hoidosta ja siihen liittyvistä asioista hoitavan henkilökunnan kanssa. Potilaiden mielestä heillä on myös oikeus tietää mitä lääkkeitä heille annetaan hoitolaitoksessa ollessaan. Ne potilaat, joille ei ollut koskaan sattunut virheitä hoitonsa aikana ja ne jotka eivät tienneet oliko niitä sattunut, olivat enemmän samaa mieltä edellä mainitusta asiasta kuin sellaiset potilaat, jotka olivat kohdanneet virheitä hoidossaan.

Potilaista suurin osa haluaisi myös tietää miten heidän hoitoaan on suunniteltu. Naisista kaikki halusivat tietää oman hoidon suunnittelusta, kun puolestaan miehistä pieni osa oli asiasta eri mieltä.

Potilaiden näkemykset *potilaiden osallistumisesta omaan hoitoonsa* olivat myönteiset. Potilaat olivat hieman halukkaampia osallistumaan omaa hoitoansa koskeviin pieniin päätöksiin kuin merkittäviin päätöksiin. Tulos on hieman ristiriitainen Longtinin ja kollegoiden (2010) tutkimuksen kanssa, joissa todettiin, että potilaat ovat halukkaampia osallistumaan sellaisiin päätöksiin, jotka ovat suuria ja itselle tärkeitä, kuten esimerkiksi ohitusleikkaukseen osallistumiseen. Tulokseen on voinut vaikuttaa se, että tähän tutkimukseen laaditussa kyselylomakkeessa oli merkittävien päätösten esimerkkinä hoitolinja -käsite, jota potilaat eivät välttämättä ole ymmärtäneet (vrt. Longtin (2010) ohitusleikkaukseen suostuminen). Toisaalta tuloksessa voi näkyä myös se, että osa potilaista haluaa pitää roolinsa passiivisena omaa hoitoansa koskevassa päätöksen teossa, kuten Wilkinsonin ym. (2008) tutkimuksessa todettiin.

Potilaiden halukkuuteen osallistua merkittävien päätösten tekemiseen olivat yhteydessä potilaan ikä ja potilaiden koulutustaso. Ikäluokittain tarkasteltuna eniten halukkaita merkittävien päätösten tekemiseen olivat 19–50 -vuotiaat. Halukkuus osallistua laski koko ajan ikäluokan vanhetessa. Myös en osaa sanoa vastausten määrä kasvoi niin ikään ikäluokan vanhetessa. Pohdittavaksi jääkin, näkyykö näissä tuloksissa se, että nuorempi ikäluokka ottaa aktiivisemman roolin omassa hoidossaan, kuten Davis ym., (2007) ja Longtin ym., (2010) ovat tutkimuksissaan todenneet. Toisaalta voidaan myös pohtia näkyykö tässä vanhempien ikäluokkien osalta vielä osittain paternalistinen hoitokulttuuri, jossa päätöksenteko nojautuu vahvasti terveydenhuollon ammattilaisten tietoon ja taitoon potilaiden jäädessä joko oma-aloitteisesti tai tahtomattaan hoidon vastaanottajan rooliin? (Ks. Johnstone & Kalitsaki, 2009; Leino-Kilpi, 2008; Longtin ym., 2010.) Potilaiden koulutustaso näkyi merkittäviin päätöksiin osallistumisessa niin, että korkeammin koulutetut olivat enemmän halukkaita osallistumaan merkittäviin päätöksiin kuin vähemmän koulutetut potilaat.

Suurin osa potilaista oli sitä mieltä, että potilaiden tulisi osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa. Heidän mielestään potilaalla tulisi olla myös mahdollisuus osallistua aktiivisesti hoitoonsa sairauden missä vaiheessa tahansa. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Davis ym., 2007; Longtin ym., 2010) on kuitenkin todettu, että potilaiden osallistumisen aktiivisyyteen vaikuttavat sairauden aiheuttamat oireet, niin että ne potilaat, joilla on vähemmän vakavia oireita ottavat aktiivisemman roolin omassa hoidossaan verrattuna niihin, jotka kärsivät vakavimmista oireista. Toisaalta sellaisien potilaiden, joilla on krooninen tai henkeä

uhkaava sairaus on todettu olevan erittäin tarkkoja esimerkiksi lääkityksensä suhteen (Walrath ym., 2008.)

Tulosten mukaan potilaat haluavat oppia miten he omalla toiminnallaan voivat parantaa hoitonsa turvallisuutta. Tulos tukee Watermanin ja kollegoiden (2006) tutkimusta, jonka mukaan lähes kaikki potilaat halusivat oppia miten he itse voisivat ehkäistä virheiden syntymistä. Potilasturvallisuuden kehittämisen ja siihen liittyvän potilaan roolin kannalta tulos on merkittävä, sillä tulos antaa viitteitä siitä, että potilaat todella haluavat osallistua turvallisuuden parantamiseen. Tärkeäksi kysymykseksi nouseekin, mitä potilasturvallisuuden parantamiseen käytettäviä keinoja potilaat toisaalta haluavat noudattaa ja joita he myös sitoutuvat noudattamaan? Ja toisaalta myös se, millaisen roolin terveydenhuollon ammattilaiset antavat potilaille turvallisuuden parantamisessa.

Potilaiden mielestä käsien pesusta kysyminen sekä lääkäreiltä että hoitajilta oli vaikeaa. Vaikeammaksi käsien pesusta kysymisen koki korkea-asteen koulutuksen saaneet ja helpoimmaksi keski-asteen koulutuksen saaneet potilaat. Tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia (Davis ym., 2008; Davis ym., 2011; Peat ym., 2010; Marella ym., 2007; Walrath ym., 2008; Waterman ym., 2006), joiden mukaan haastavien kysymysten esittäminen lääkäreille ja hoitajille tuotti potilaille vaikeuksia.

Potilaiden vastauksista voidaan päätellä, että he *luottivat hoitavaan henkilökuntaan ja hoidon turvallisuuteen*. Melkein kaikki potilaat pitivät terveyden- ja sairaanhoitoa Suomessa turvallisena. Ikäluokittain tarkasteltuna kaikista turvallisimpana sitä pitivät 51–65 -vuotiaat ja vähiten turvallisena 66–75 -vuotiaat. Myös potilaiden avoimiin kysymyksiin kirjoittamat kommentit, kuten esimerkiksi ”*kokonaisuutena potilasturvallisuus on hyvä ... Suomalaiseen sairaalaan voi mennä turvallisella miellä*” tukee väittämien vastauksista saatua potilaiden mielipidettä hoidon turvallisuudesta Suomessa. Kuitenkin hieman vajaa neljännes potilaista oli sitä mieltä että potilas voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana. Tulos on yhtenevä Eurobarometrin (2010) kanssa, jossa todettiin että reilu neljännes suomalaisista uskoo, että potilas voi vahingoittua sairaalahoidon aikana Suomessa. Tämän tutkimuksen mukaan melkein kaikki potilaat luottivat siihen, että hoitolaitoksessa ollessaan heille annetaan oikeat lääkkeet. Tämä tulos on samansuuntainen kuin Walrathin ja kollegoiden (2008) tutki-

mus, jossa todettiin, että osalla potilaista on täysi luottamus lääkehoidossa hoitohenkilökuntaan.

Potilaiden näkemykset *virheiden tunnistamisesta* vaihtelivat. Potilaista melkein puolet koki pystyvänsä tunnistamaan milloin omassa hoidossa on tapahtunut virhe. Noin kolmas osa potilaista oli asiasta kuitenkin eri mieltä. Potilaat pitivät läheltä piti -tilanteiden tunnistamista vaikeampana kuin virheiden tunnistamista. Tuloksesta voidaan päätellä, että potilaat tarvitsevat lisää tietoa virheiden tunnistamisesta ja siihen liittyvistä asioista. Huomiota tulee kiinnittää aikaisemmissa tutkimuksissa esiintuotuihin seikkoihin, kuten potilaiden tunnistamien haattatapahtumien luotettavuuteen, (Guijarro ym., 2010; Hibbard ym., 2005; Johnstone & Kalitsaki, 2009; Jorm ym., 2009; King ym., 2010; Peat ym., 2010) ja siihen, että potilaiden näkemykset haattatapahtumista ja hoidon laadusta ovat yleensä sisällöllisesti laajempia kuin viralliset määritelmät (Jorm ym., 2009; Peat ym., 2010).

Potilaat kokivat, että hoitavan henkilökunnan tehtävänä on *kertoa hoidossa käytettävistä laitteista* ja niiden toiminnasta potilaalle. Etukäteen hoidossa käytettävistä laitteista halusi tietää suurin osa potilaista. Tulos on samansuuntainen kuin Quinnan (2003) tutkimuksen tulos, jossa todettiin, että potilaat haluavat tietää lääkintälaitteista ja ymmärtää niiden toimintaa. Tämän tutkimuksen mukaan naisista melkein kaikki halusivat tietää etukäteen, jos heidän hoidossa käytetään laitteita ja miehissä oli enemmän niitä, jotka olivat asiasta eri mieltä.

Potilaiden näkemykset omasta *potilasturvallisuustietoudestaan* vaihtelivat. Puolet oli sitä mieltä, että heillä oli paljon tietoa potilasturvallisuudesta ja puolet vastaavasti oli eri mieltä. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna eniten samaa mieltä siitä, että heillä on paljon tietoa potilasturvallisuudesta olivat työntekijänä toimivat potilaat ja vähiten yrittäjät. Koulutusryhmittäin tarkasteltuna eniten samaa mieltä olivat korkea-asteen koulutuksen saaneet potilaat ja vähiten perus- tai kansakoulun käyneet potilaat. Myös potilaiden iällä oli yhteys niin, että 19–50 vuotiaat olivat enemmän samaa mieltä siitä, että heillä on paljon tietoa potilasturvallisuudesta kuin muut ikäluokat. Enemmistö potilaista ei ollut kuitenkaan perehtynyt potilaille suunnattuihin potilasturvallisuusoppaisiin.

Potilaat olivat saaneet potilasturvallisuustietoutta kaikista eniten sairaalasta tai terveyskeskuksesta. Terveysalan lehdistä tai televisiosta tietoa oli saanut vajaa viidennes potilaista. Noin joka kymmenes potilas oli hankkinut tietoa sanomalehdistä, ystäviltä tai tutuilta tai internetistä. Vain viisi prosenttia potilaista ilmoitti, ettei ole saanut tietoa mistään. Tulos on sikäli positiivisesti yllättävä, että tutkijan ennakko oletus oli, että potilaista suurempi osa ilmoittaisi, että ei ole saanut tietoa mistään. Toisaalta avoimissa kysymyksissä potilaat toivat kuitenkin esille, että sairaalat voisivat jakaa enemmän tietoa potilasturvallisuudesta ja että monilla potilailla tietoa on hyvin vähän.

Potilaat kokivat *nimirannekkeiden käytön* hoitolaitoksissa hyvänä asiana. Vuodeosasto potilaat olivat päiväkirurgian potilaita enemmän sitä mieltä, että nimirannekkeiden käyttö on hyvä asia. Potilaat olivat myös sitä mieltä, että olisi tärkeää tarkistaa potilaan henkilöllisyys vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisi nimiranneke käytössä. Tulos on yhtenevä Walrathin ja Rosen (2008) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin potilaiden kokevan kaksoistarkastukset potilaan tunnistamisessa hyvänä asiana. Toisaalta tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaiden olleessa pitkään sairaalassa, hoitajat eivät enää käyttäneet tunnistusrannekkeita hyväksi potilaan tunnistamisessa. (Walrath & Rose, 2008.)

Kaksi potilasta kolmesta oli sitä mieltä, että potilaat ovat itse osittain *vastuussa hoitonsa turvallisuudesta*. Potilaista viidennes oli asiasta eri mieltä. Tulos tukee Davisin ja kollegoiden (2007) tutkimusta, jossa myös todettiin, että osa potilaista koki myös olevansa osavastuussa omassa hoidossa tapahtuneista haittatapahtumista. 19–50 -vuotiaat sekä 66–75 -vuotiaat olivat enemmän sitä mieltä, että potilaat ovat osavastuussa hoitonsa turvallisuudesta kuin 76–89 -vuotiaat ja 51–65 -vuotiaat.

Potilaat luottavat siihen, että heille annetaan hoitolaitoksissa oikeat lääkkeet. Tämä näkyi siinä, että hieman yli puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että he hoitolaitoksessa ollessaan ottavat kaikki lääkkeet mitä heille annetaan, kyselemättä mitä ne ovat. Miehet olivat väitteestä enemmän samaa mieltä kuin naiset. Suurin osa potilaista oli samaa mieltä myös siitä, että hoitavan henkilökunnan tulisi uskoa potilasta, jos hän sanoo lääkkeiden olevan vääriä. Tulos on samansuuntainen, kuin Walrath ja Rosen (2008) tutkimuksessa, jossa potilaiden mielestä hoitajien tulisi kuunnella aidosti kun potilas sanoo, että lääke saattaa olla väärä.

Potilaiden mielestä he voivat auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä, sillä kahdeksan potilasta kymmenestä oli asiasta samaa mieltä. Tulos tukee Watermanin ja kollegoiden (2006) tutkimusta, jossa yhdeksän potilasta kymmenestä oli sitä mieltä, että he voivat auttaa virheiden ehkäisyssä (Waterman ym., 2006).

Taustamuuttujien yhteys potilaiden yleisiin näkemyksiin potilasturvallisuudesta keskiarvomuuuttujittain

Taustamuuttujista vain sattuneet virheet ja hoitopaikka olivat tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä potilaiden yleisiin näkemyksiin potilasturvallisuudesta. Sattuneiden virheiden yhteys näkyi niin, että ne potilaat joille virheitä oli joskus sattunut hoidon aikana arvioivat luottamuksen hoitavaan henkilökuntaan heikommaksi kuin ne, joille virheitä ei ollut sattunut tai ne jotka eivät tienneet oliko heille joskus virheitä sattunut.

Hoitopaikan yhteys näkyi puolestaan niin, että vuodeosastoilla hoidettavana olleet potilaat suhtautuivat myönteisemmin nimirannekkeiden käyttöön kuin päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat.

Potilaiden kokemukset viimeiseltä hoitojaksolta

Potilaiden kokemukset *hoidonturvallisuudesta* viimeiseltä hoitojaksolta olivat pääosin myönteisiä. Suurin osa potilaista koki, että hoitava henkilökunta teki parhaansa turvataksien heidän turvallisuuden. Melkein puolet potilaista oli sitä mieltä, että he saivat tietää erilaisista hoitovaihtoehdoista ja riskeistä mitä heidän hoitoonsa liittyi. Eri mieltä asiasta oli kuitenkin noin joka kymmenes potilas. Tulos on samansuuntainen Schoenin ym. (2005) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin, ettei potilaille selitetty heidän hoitoon tai toimenpiteeseen liittyviä riskejä tarpeeksi hyvin eikä lääkärit myöskään aina kertonut potilaille erilaisista hoitovaihtoehdoista.

Laiteturvallisuuden osalta potilaat olivat pääosin samaa mieltä siitä, että heille kerrottiin hoidossa käytettävistä laitteista, niiden toiminnasta ja siitä, miten heidän tulee toimia, jos laite alkaa hälyttää. Noin joka kymmenes potilas oli asiasta kuitenkin eri mieltä. Tuloksessa on samoja viitteitä kuin Quinnan (2003) tutkimuksessa, jossa todettiin, etteivät potilaat aina tienneet miten heidän tulee toimia laitteen hälyttäessä. Naiset olivat miehiä enemmän

sitä mieltä, että ettei heille kerrottu laitteista ja niiden toiminnasta. Myös perus- ja kansakoulun käyneet potilaat olivat enemmän samaa mieltä siitä, että heille kerrottiin laitteista ja niiden toiminnasta, kuin keskiasteen ja korkea-asteen koulutuksen saaneet potilaat.

Potilaat kokivat myös *lääkehoidonturvallisuuden* pääsääntöisesti hyväksi. Suurin osa potilaista oli samaa mieltä siitä, että heidän kipuaan hoidettiin hyvin viimeisimmällä hoitojaksolla. Tulos poikkeaa aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista, joissa todettiin kivunhoidossa olevan puutteita muun muassa niin että kipua ei hoidettu riittävän tehokkaasti tai kipulääkkeen saaminen kesti kohtuuttoman kauan. (vrt. Friedman ym. 2008; Schoen ym., 2005; Weingart ym., 2004).

Potilaista suurin osa koki myös olleensa täysin tietoinen lääkityksestään kun he kotiutuivat. Suurimmalle osalle potilaista kerrottiin myös miten heidän tulee käyttää lääkkeitään. Noin joka kymmenes potilas kuitenkin koki, ettei näin tehty. Potilaista reilu kolmannes sai mukaan ajantasaisen lääkekortin kun he kotiutuivat hoitolaitoksesta. Vajaa viidennes oli asiasta eri mieltä. Eniten eri mieltä asiasta olivat yrittäjät, 51–65 vuotiaat ja keski-asteen käyneet potilaat. Eniten puolestaan samaa mieltä siitä, että saivat ajantasaisen lääkekortin mukaan, olivat eläkeläiset, 76–89 –vuotiaat potilaat sekä perus- ja kansakoulun käyneet potilaat.

Eniten potilaat olivat eri mieltä väittämistä, että heille annettiin kirjallista tietoa uusista lääkkeistä (20 %) ja että heille annettiin suullista tietoa uusista lääkkeistä (11 %) sekä siitä, että heille kerrottiin millaisia sivuvaikutuksia heidän käyttämillään lääkkeillä on (19 %). Tulokset ovat samansuuntaisia Metleyn ym. (2005) ja Weingartin ym. (2004) tutkimustuloksiin nähden, joissa todettiin, että lääkkeiden käyttöön liittyvässä tiedonsaannissa oli puutteita.

Suurin osa potilasta koki, että hoitava henkilöstö antoi heidän *osallistua* omaan hoitoonsa viimeisimmällä hoitojaksolla. 19–50 -vuotiaista kaikki potilaat olivat samaa mieltä asiasta. Eniten eri mieltä väitteestä olivat 76–89 -vuotiaat potilaat. Onko tässä kyse samasta asiasta, josta Pennbrant (2009) tutkimuksessaan totesi, että terveydenhuollon hierarkkiset struktuurit, aikapaine, totutut tavat ja lääkärin valta-asema vaikeuttavat varsinkin iäkkäiden potilaiden ja heidän omaisien osallistumista hoitoon?

Yhdeksän potilasta kymmenestä oli samaa mieltä siitä, että he saivat hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemaansa tietoa. Sellaiset potilaat, joille oman hoitonsa aikana oli sattunut joskus virheitä, olivat asiasta eniten eri mieltä verrattuna niihin potilaisiin, joille virheitä ei ollut tapahtunut ja jotka eivät tiennet oliko virheitä koskaan tapahtunut. Suurin osa potilaisista oli myös sitä mieltä, että henkilökunta rohkaisi heitä kyselemään epäselvistä asioista. Potilaiden hoitopaikka oli yhteydessä heidän mielipiteisiin niin, että päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat olivat enemmän samaa mieltä siitä, että heitä rohkaistiin kyselemään epäselvistä asioista kuin vuodeosastoilla olleet potilaat. Enemmän eri mieltä väitteestä olivat sellaiset potilaat, jotka olivat kohdanneet joskus hoitonsa aikana virheen kuin sellaiset potilaat, jotka eivät olleet kohdanneet koskaan virheitä hoitonsa aikana.

Sekä hoitajien että lääkäreiden käyttämä kieli oli potilaiden mielestä ymmärrettävää. Vain kaksi prosenttia potilaista oli asiasta eri mieltä hoitajien kielen käytön suhteen ja viisi prosenttia lääkäreiden kielen käytön suhteen. Eri mieltä lääkäreiden kielen käytön suhteen olevista potilaista noin viidesosa oli 66–75 -vuotiaita. Myös joka kymmenes sellainen potilas, joille virheitä oli joskus hoidon aikana sattunut, oli eri mieltä siitä, että lääkärit puhuivat heille ymmärrettävällä tavalla. Ammattislangin on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa vähentävän potilaiden mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa (Hovey ym., 2010; Longtin ym., 2010; Walrath ym., 2008, Pennbrandt, 2009).

Noin puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat kannustivat heitä osallistumaan omaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Noin joka kymmenes potilas oli asiasta eri mieltä. Kaikki 19–50 -vuotiaat potilaat olivat samaa mieltä siitä, että hoitajat kannustivat heitä osallistumaan omaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Sen sijaan vanhimmissa ikäluokissa eri mieltä olevien osuus vaihteli 21,7–29,2 %:n välillä. Päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat olivat enemmän samaa mieltä siitä, että hoitajat kannustivat heitä päätöksentekoon kuin vuodeosastoilla olevat potilaat.

Potilaiden mielipide lääkäreiden kannustamisesta omaa hoitoa koskevaan päätöksen tekoon oli samanlainen kuin hoitajienkin suhteen. Puolet potilaista oli samaa mieltä ja noin joka kymmenes eri mieltä. Lääkäreiden osalta tulos on hieman poikkeava Longtinin ja kollegoiden (2010) tutkimuksesta, jonka mukaan lääkärit ovat haluttomia rohkaistamaan potilaita osallistumaan hoitoonsa, koska pelkäävät kontrollin ja lääkärin identiteetin menettämistä.

Toisaalta tämän tutkimuksen suuri ei koskenut hoitojaksoani –vastausten määrä, hoitajien osalta 38 % ja lääkäreiden osalta 40 %, kertoo ehkä siitä, että potilaat ajattelevat päätöksenteolla joitakin suuria päätöksiä, koska kuitenkin on hyvin todennäköistä, että jokaisen potilaan hoitojakson aikana kuitenkin tehdään jonkinlaisia päätöksiä, liittyen vaikkapa hygieniaan tai ruokailuun.

Suurin osa potilaista koki, että hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella heidän kanssaan hoitoon liittyvistä asioista. Joka kymmenes potilas oli asiasta kuitenkin eri mieltä. Eniten eri mieltä olivat vuodeosastoilla hoidettavana olleet potilaat sekä vanhimpien ikäluokkien (66–75 –vuotiaat ja 76–89 –vuotiaat) potilaat. Tulos on hieman ristiriidassa Kuzelin ja kollegoiden (2004) tekemän tutkimuksen mukaan, jossa todettiin, että lääkäreillä ja potilailla ei ollut tarpeeksi aikaa keskustella asioista rauhassa.

Pyydettyäessä potilaita arvioimaan potilasturvallisuuden tasoa viimeisimmällä hoitojaksolla, suurin osa heistä arvioi sen olevan erittäin hyvä. Erinomaiseksi sen arvioi noin joka kolmas potilas ja noin joka kymmenes potilas arvioi sen hyväksyttäväksi. Eniten erinomaiseksi tai erittäin hyväksi potilasturvallisuustason arvioivat eniten 19–50 -vuotiaat, korkea-asteen koulutuksen saaneet, työntekijät, päiväkirurgian yksikön potilaat sekä sellaiset potilaat, joille ei ollut sattunut koskaan hoitonsa aikana virheitä. Aikaisemmassa Turusen ja kollegoiden (2008) tutkimuksessa asiaa on kysytty erikoissairaanhoidon henkilöstöltä ja sen mukaan henkilökunnasta 45 % arvioi sen olevan erinomaisen tai erittäin hyvän, 48 % hyväksyttävän ja 7 % huonon. Näyttäisi siis siltä, että potilaat arvioivat potilasturvallisuuden tason paremmaksi kuin terveydenhuollon henkilökunta.

Tämän tutkimuksen mukaan viidennes (22 %) potilaista oli joskus hoitonsa aikana kohdannut virheen tai virheitä ja saman verran oli niitä jotka eivät tiedäneet oliko heille sattunut joskus virheitä hoitonsa aikana. Tulos on samansuuntainen kuin Eurobarometrin (2010) tulos, jonka mukaan 34 % suomalaisista ilmoitti joko itse tai perheenjäsenensä kohdanneen haattatapahtuman hoidon aikana. Potilaiden kuvaukset heille sattuneista virheistä koskivat eniten hoidonturvallisuutta, kuten esimerkiksi infektoita, väärää diagnoosia, hoitoon pääsyyn liittyviä ongelmia, potilaan mielipiteiden huomiotta jättämistä sekä epäonnistunutta hoitoa. Potilaat kuvasivat myös lääkitysvirheitä. Tässä tutkimuksessa yksikään potilas ei kuvannut laiteturvallisuuteen liittyviä virheitä, vaikka aikaisempien tutkimusten valossa

tiedetään, että lääkintälaitteet voivat aiheuttaa potilaille haittaa (Amoore & Ingram, 2002; Jha ym., 2010).

Niistä potilaista jotka huomasivat, että hoidossa on tapahtunut virhe, heistä vain joka kymmenes ilmoitti siitä jollekin. Potilaat kertoivat ilmoittaneensa virheistä hoitavalle lääkärille tai ylilääkärille, hoitajalle, lähettäneeseen terveystieteiden keskukseseen, potilasturvakeskukseen tai potilasasiamiehelle.

Vain vajaalle kymmenesosalle (8 %) potilaista kerrottiin siitä, jos heidän hoidossa oli tapahtunut virhe. Anteenksi sattuneista virheistä pyydettiin vain 3 %:lta potilaista. Tulokset tulevat aikaisempia tutkimustuloksia joiden mukaan potilaille ei aina kerrota tapahtuneesta virheestä (Schoen ym. 2005; Ocloo, 2010) eikä niitä myöskään pyydetä heiltä aina anteeksi (Blendon ym. 2002.) Lisäksi aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat odottavat, että heille kerrotaan sattuneesta haittatapahtumasta ja pyydetään siitä anteeksi (Angood ym., 2010; Bismark, 2009; Guijarro ym. 2010; Ocloo, 2010). Tämän tutkimuksen tuloksen yleistämisen suhteen tulee kuitenkin olla varovainen, sillä potilaiden virheiden ilmoittamista, henkilökunnan virheen kertomista ja anteeksipyytämistä koskeissa kysymyksissä oli paljon potilaita, jotka eivät vastanneet kysymyksiin (77–79 %).

Taustamuuttujien yhteys potilaiden kokemuksiin viimeisimmältä hoitojaksolta

Taustamuuttujista sukupuolella, iällä, ammattiryhmällä, sattuneilla virheillä ja hoitopaikalla oli tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä potilaiden kokemuksiin viimeisellä hoitojaksolla. Kaikista myönteisimmin potilaat kokivat potilaan osallistumisen keskiarvomuuttujan (ka 3.62), muiden keskiarvojen ollessa: lääketurvallisuus (ka 3.57), hoidon turvallisuus (ka 3.54) ja laiteturvallisuus (ka 3.32).

Hoidonturvallisuuden kokemuksiin olivat yhteydessä potilaan ikä ja hoitopaikka. Ikäluokittain tarkasteltuna myönteisimmäksi hoidon turvallisuuden kokivat 51–65 -vuotiaat potilaat ja kielteisimmin 66–75 -vuotiaat potilaat. Hoitopaikan yhteys puolestaan näkyi niin, että päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat kokivat hoidon turvallisuuden myönteisemmin kuin vuodeosastoilla olleet potilaat.

Potilaiden kokemukset laiteturvallisuudesta olivat myönteisiä. Miehet kokivat laiteturvallisuuden myönteisemmin kuin naiset. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kaikista myönteisimmin sen kokivat johtavassa asemassa tai toimihenkilönä toimivat potilaat ja vähiten myönteisemmäksi ei työelämässä olevat potilaat.

Potilaiden kokemuksiin lääketurvallisuudesta olivat yhteydessä ikä ja potilaille sattuneet virheet. Ikäryhmistä kaikista myönteisimmin lääketurvallisuuden kokivat 76–89 -vuotiaat ja vähiten myönteisimmäksi 66–75 -vuotiaat. Potilaiden joskus kohtaamien virheiden yhteys näkyi puolestaan niin, että ne potilaat, joille virheitä ei koskaan ollut sattunut suhtautuivat lääketurvallisuuteen myönteisemmin kuin ne, joille virheitä oli tapahtunut tai ne jotka eivät tienneet oliko heille joskus sattunut virheitä hoitonsa aikana.

Potilaiden kokemuksiin osallistumisesta omaan hoitoon olivat taustamuuttujista yhteydessä hoitopaikka ja potilaille sattuneet virheet. Päiväkirurgian yksikössä hoidettavina olleet potilaat kokivat vuodeosastopotilaita myönteisimmin potilaan osallistumiseen omaan hoitoon viimeisimmällä hoitojaksolla. Sattuneiden virheiden yhteys näkyi niin, että ne potilaat, joille ei ollut tai jotka eivät tienneet oliko heille koskaan sattunut virheitä, kokivat potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa myönteisemmin kuin ne potilaat, joille oli sattunut virheitä joskus hoitonsa aikana.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Validiteetti

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista. Validiteettia arvioidaan sekä mittarin että mittaamisen luotettavuuden avulla; onko tutkimuksella mitattu juuri sitä mitä on ollut tarkoituskin mitata ja toisaalta onko mittari ollut sellainen, joka mittaa sitä mitä halutaan. (Burns & Grove, 2010; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.)

Mittarin sisältövaliditeetti tarkoittaa tutkimuksen omaa luotettavuutta; onko käytetyt käsitteet oikeita, ovatko ne operationaalistettu oikein ja kattavatko käsitteet koko tutkittavan ilmiön. (Burns & Grove, 2010; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Metsämuuronen, 2007.) Yksi kyselylomaketutkimuksen heikkouksista onkin se, että valmiiksi annetut

kysymykset ja vastausvaihtoehdot eivät välttämättä kykene kattamaan ihmisten monimuotoisia kokemuksia. (Hirsjärvi ym., 2009).

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen teoreettisena lähtökohtana käytettiin potilaan näkökulmasta tehtyä potilasturvallisuustutkimusta (liitetaulukko 20), potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastoa, (2006), Longtinin ym. (2010) käsitteellistä mallia potilaan osallistumisesta sekä muuta ajankohtaista relevanttia kirjallisuutta. Näin ollen tässä tutkimuksessa käytetyt käsitteet pohjautuivat aikaisempien tutkimusten perusteella muodostettuihin käsitteisiin. Mittarissa käytettyjen käsitteiden haluttiin olevan mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä. Tämän vuoksi potilaille tehdyssä esitutkimuksessa heitä pyydettiin kertomaan tai merkitsemään lomakkeeseen, jos jokin käsite tai sana oli vaikeasti ymmärrettävä tai muutoin vieras. Esitutkimuksessa potilaat pitivät käytettyjä käsitteitä kuitenkin selkeinä.

Kyselylomakkeessa haittatapahtumista käytettiin käsitettä virhe, jolla tarkoitettiin potilaan näkökulmasta yleisesti kaikkia ongelmia ja poikkeamia laite-, hoidon-, sekä lääkehoidon turvallisuudessa. Päädyimme ratkaisuun siksi, että käsite virhe on potilaille yksiselitteisempi käsite kuin haittatapahtuma, vaaratapahtuma, läheltä piti tilanne tai muut potilasturvallisuuskirjallisuudessa käytettävät käsitteet.

Mittarissa käytettiin lisäksi käsitettä hoitava henkilöstö, jolla tarkoitettiin perus- ja lähihoitajia, eriasteisia sairaanhoitajia sekä lääkäreitä. Sitä, miten potilaat ymmärsivät edellä mainitun käsitteen, emme tiedä tarkasti. Mittaria laatiessamme halusimme saada potilaan yleisen näkemyksen asioista, jolloin henkilökunnan ammattiryhmällä ei ollut merkitystä. Mittarissa oli kuitenkin muutamia väittämiä, joissa halusimme tietää tarkasti johonkin ammattiryhmään liittyvää tietoa, jolloin väittämissä mainittiin sanat hoitaja tai lääkäri. Mittarin jatkokehittelyssä voisi käsite hoitava henkilöstö olla kuitenkin auki kirjoitettuna esimerkiksi lomakkeen alussa.

Mittarin sisältövaliditeetin parantamiseksi mittarin kehittämisessä käytettiin asiantuntijaryhmää, joka arvioi koko mittaria sovittujen kriteerien pohjalta. Asiantuntijapalautteen perusteella mittariin tehtiin muutoksia. Kaksi väittämää poistettiin ja mittariin lisättiin neljä väittämää. Lisäksi tehtiin pieniä muutoksia muutamaa väittämän sanamuotoihin. Lomakkeen ulkoasu ja täyttöohjeet arvioitiin selkeiksi. Mittari arvioitiin pitkäkököksi, mutta toi-

saalta kaikkien välttämien katsottiin kohdentuvan oleellisiin asioihin, eikä mittaria siksi lähdetty lyhentämään. Mittari myös esiteltiin potilailla. Myös heitä pyydettiin arvioimaan mittaria. Potilaat pitivät mittaria selkeänä ja nopeasti täytettävänä, mutta pitkäkkönä.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan myös suhteessa tuloksiin, jolloin puhutaan sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista. Sisäisesti validissa tutkimuksessa tulokset johtuvat tutkimusasetelmasta. Sisäisen validiteetin uhkia ovat muun muassa henkilöiden valikoituminen tutkimukseen sekä historia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Valikoitumisen estämiseksi aineiston keräämisessä tutkija sopi jokaisen työyksikön kanssa yhtenäisen menettelyn kyselylomakkeiden jakamisessa. Potilaiden tuli olla yli 18 -vuotiaita sekä heidän terveydentilansa tuli olla sellainen, että he kykenevät itse täyttämään kyselylomakkeen. Sovittiin, että omainen voi olla mukana täyttämässä kyselyä, mutta kyselylomakkeeseen tuli saada potilaan näkemys asiasta. Sisäistä validiteettia on voinut heikentää se, että tällä hetkellä potilasturvallisuudesta puhutaan ja kirjoitetaan paljon. Näin ollen potilas on saattanut vastata kyselyyn esimerkiksi juuri lukemansa lehtiartikkelin perusteella.

Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä. Tähän liittyy otoksen koko, sen kyky edustaa perusjoukkoa sekä se, miten hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen joukkoon. (Burns & Grove, 2010; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.) Tutkimuksen otos oli 368 potilasta, joka määräytyi osin yksiköistä kotiutuvien potilaiden määrällä sekä sillä, että vastausprosentin jäädessä alhaiseksi, aineisto soveltuisi vielä tilastollisien menetelmien käyttämiselle.

Tutkimuksen vastausprosentti oli 47,6 %, mitä voidaan pitää kohtalaisena kyselytutkimukselle. Vastaamattomuuden syynä on voinut olla se, että kyselylomake on pitkäkkö ja se, että kysely toteutettiin heti sairaalasta/terveyskeskuksesta pääsyn jälkeen. Moni potilas on saattanut olla voipunut sairaudestaan ja jättänyt siksi vastaamatta kyselyyn. Toisaalta kyselyn ajoittaminen kotiinpääsyn yhteyteen oli myös hyvä ratkaisu, sillä potilailla oli näin aikaa vastata kyselyyn kotona ollessaan. Vastaajien ikäjakauma noudattelee hyvin perusjoukkoa. Päiväkirurgian yksikössä hoidettavaa olleet potilaat olivat nuorempia kuin vuodeosastoilla olleet potilaat. Vuodeosastoilla painottuivat puolestaan vanhuspotilaat.

Tämän tutkimuksen rajoituksena on aineistonkeruu poikittaistutkimuksena yhden kuntayhtymän potilailta. Tällöin tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää varovasti, koska potilasturvallisuustyötä on Suomen eri kunnissa, kuntayhtymissä tai sairaanhoitopiireissä tehty hyvin vaihtelevasti. Yleistämistä puoltaa sen sijaan se, että otoksessa on mukana potilaita niin perusterveydenhuollosta kuin myös peruserikoissairaanhoidosta.

Reliabiliteetti

Reliabiliteetilla arvioidaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittarin reliabiliteettia voidaan tarkastella mittarin pysyvyyden, vastaavuuden ja sisäisen johdonmukaisuuden näkökulmista. (Burns & Grove, 2010; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.) Tässä tutkimuksessa mittarin sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin käyttämällä Cronbachin alfakertoimia, jotka perustuvat väittämien välisiin korrelaatioihin. Uudella mittarilla yli 0.70:n kerrointa voidaan pitää hyvänä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Koko mittarin cronbachin alfa kerroin oli 0.88. Pääkomponentti analyysissä muodostuneiden keskiarvomuuttujien muuttujat olivat hyviä kommunikointi hoitavan henkilöstön kanssa (0.71), hoitavalta henkilöstöltä käsien pesusta kysyminen (0.93), potilaiden virheiden tunnistamisen (0.82), laitteista kertomisesta potilaalle (0.70) ja potilasturvallisuustietouden osalta (0.70). Sen sijaan potilaiden osallistuminen omaan hoitoon (0.66), luottamus hoitavaan henkilöstöön ja hoidon turvallisuuteen (0.63) ja nimirannekkeiden käytön (0.64) osalta alfat jäivät matalahkoiksi. Potilaiden kokemuksia viimeiseltä hoitojaksoilta mittaavasta osiosta tehtyjen keskiarvomuuttujien olivat hyviä; hoidon turvallisuus (0.77), laiteturvallisuus (0.88), lääketurvallisuus (0.86) ja potilaan osallistuminen (0.88).

Potilaat saivat kyselylomakkeet hoitajilta. Tutkija laati henkilöstölle tutkimuksesta kertovan tiedotteen, josta ilmenivät tutkimuksen tarkoitus, vastausten käsittelyn luottamuksellisuus ja vastaamisen vapaaehtoisuus. Tutkija kävi myös ennen aineiston keruuta jokaisessa työyksikössä kertomassa tutkimuksesta ja ohjeistamassa henkilökuntaa kyselyiden jakamisessa. Samalla tutkija kannusti henkilökuntaa jakamaan kyselyt potilaille.

Myös kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, vastausten käsittelyn luottamuksellisuus ja vastaamisen vapaaehtoisuus. Saatekirjeessä myös määriteltiin

mitä potilasturvallisuudella tarkoitetaan. Siinä oli myös tutkijan yhteystiedot mahdollisia yhteydenottoja varten. Yhtään yhteydenottoa ei kuitenkaan tullut.

6.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät tieteellisen tutkimuksen etiikkaan. Eettiset näkökulmat tulee huomioida aiheen, tutkimuskysymysten ja –menetelmän sekä kohderyhmän valinnassa, kyselylomakkeen laatimisessa, aineiston keruussa ja sen käsittelyssä sekä tulosten luotettavuuden arvioinnissa ja tulosten julkaisemisessa. (Polit & Beck, 2010; Kuula, 2006; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; ETENE 2011; TENK 2002; Itä-Suomen yliopisto, 2010).

Tutkimuksen aihe on tällä hetkellä terveydenhuollossa hyvin ajankohtainen ja tärkeä. Se on yhä enenevässä määrin esillä Suomessa kuin kansainvälisestikin. Potilasturvallisuutta on tutkittu kansainvälisesti paljon henkilökunnan näkökulmasta, mutta potilaan näkökulmasta aihetta on tutkittu huomattavasti vähemmän. Suomessa potilasturvallisuutta potilaan näkökulmasta ei ole tutkittu juuri lainkaan. Myös potilaat pitivät aihetta tärkeänä, sillä jo esitetauksen aikana potilaat kertoivat, että on todella tärkeää, että tätä aihetta tutkitaan. Tämän lisäksi kyselylomakkeissa potilaat olivat kommentoineet asian olevan tärkeä.

Keskeinen eettinen periaate on, että tutkimuksella ei saa aiheuttaa tutkittaville haittaa. Heille tulee antaa tietoa riittävästi ja mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. (Kuula, 2006). Tässä tutkimuksessa tutkija ei tavannut missään vaiheessa tutkimukseen osallistuneita potilaita, sillä tutkimukseen osallistuneiden työyksiköiden henkilöstö jakoi kyselylomakkeet potilaille. Hoitohenkilökuntaa ohjeistettaessa kyselylomakkeiden jakamisessa painotettiin sitä, että potilailta tulee kysyä suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Myös kyselylomakkeisiin vastaaminen ja niiden palauttaminen katsottiin potilaiden suostumukseksi tutkimukseen osallistumiseen. Kyselylomakkeiden mukana olleessa potilaille suunnatussa saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen aihe, tarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus, vastauksien anonymiteetti sekä vastausten käsitteleminen niin ettei yksittäinen potilas ole tunnistettavissa (Polit & Beck, 2010; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, Kuula, 2006). Niin potilaiden saatekirjeessä kuin henkilökunnalle annettussa tutki-

mustiedotteessa oli tutkijan sekä tutkimuksen ohjaajien yhteystiedot. Tällä haluttiin varmistaa heidän mahdollisuus saada lisätietoja tutkimuksesta.

Laadittua kyselylomaketta arvioi asiantuntijaryhmä. Heitä jokaiselta pyydettiin ja saatiin suostumus sähköpostitse. Suostumusten saamisen jälkeen tutkija lähetti asiantuntijoille sähköpostitse saatekirjeen ja kyselylomakkeen arviointikriteereineen tammikuussa 2011. Asiantuntija palaute saatiin joko puhelimitse tai sähköpostin välityksellä. Näiden palautteiden perusteella mittaria muokattiin.

Tutkimusaihe ei ole eettisesti arka. Tutkimuksesta haettiin kuitenkin Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan lausunto, koska tarkoituksena on että tutkimuksesta kirjoitetaan artikkeleita kansallisiin ja kansainvälisiin julkaisuihin. Puoltava lausunto saatiin 4.3.2011. Tutkimuslupa haettiin tutkimuskohteena olevan kuntayhtymän johtavalta ylihoitajalta kohdeorganisaation www-sivuilla julkaisemien toimintaohjeiden mukaisesti. Tutkimuslupa-anomukseen liitettiin hyväksytty tutkimussuunnitelma sekä Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan lausunto. Tutkimuslupa saatiin 14.3.2011. Aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten ja se tallennettiin SPSS:lle Itä-Suomen yliopiston toimesta.

6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella esitetään seuraavat päätelmät ja suositukset:

1. Potilaat pitävät Suomen terveyden- ja sairaanhoitoa turvallisena, mutta osa potilaisista kokee, että potilas voi myös vahingoittua sairaalahoidon aikana.
2. Potilaista noin viidennes oli kohdannut joskus hoidossaan virheen. Huomiota tulisi kiinnittää siihen, että hoitava henkilöstö myöntäisi potilaille sattuneet virheet, käsitelisi ne potilaiden kanssa avoimesti ja pyytäisi niitä myös anteeksi.
3. Potilaat kokevat, että he voivat auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ehkäisemään virheiden syntymistä ja edistämään näin oman hoitonsa turvallisuutta. Tärkeää olisi, että hoitava henkilökunta kuuntelisi aidosti potilaan mielipiteitä ja näkemyksiä. Tämän lisäksi tarvitaan yhteinen näkemys terveydenhuollon toimijoiden ja potilaiden välillä siitä, millainen rooli potilailla on potilasturvallisuuden edistämisessä.

4. Enemmistö potilaista arvioi tietävänsä paljon potilasturvallisuudesta, mutta toisaalta he myös kaipasivat siitä lisää tietoa. Suomessa potilaille suunnattua potilasturvallisuustietoutta on saatavilla jonkin verran, mutta sitä tulisi tuoda esille enemmän. Myös terveydenhuollon yksiköiden tulisi hyödyntää enemmän potilaille suunnattua materiaalia ohjatessaan potilaita.
5. Potilaiden kokemukset potilasturvallisuuden eri osa-alueista oli viimeisemmällä hoitotajaksolla pääsääntöisesti hyviä. Huomiota tulee kuitenkin kiinnittää lääkehoitoon liittyvään tiedon saantiin sekä siihen, että potilaat saisivat tietää riittävästi erilaisista hoitovaihtoehdoista ja riskeistä mitä heidän hoitoon liittyy. Lisäksi laitehoidon turvallisuuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota niin, että potilaille kerrottaisiin enemmän käytettävistä laitteista ja siitä, miten heidän tulee toimia laitteiden kanssa.

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Potilasturvallisuustutkimusta on tehty kansainvälisesti melko paljon. Sen sijaan potilaan näkökulmasta sitä on tehty, kansainvälisestikin tarkasteltuna, suhteellisen vähän. Suomessa sitä ei ole tehty juuri lainkaan. Tärkeää kuitenkin olisi, että sitä tutkittaisiin enemmän, sillä potilaiden kokemusten ja mielipiteiden avulla voitaisiin saada uusia näkökulmia potilasturvallisuuden kehittämiseen ja samalla näin myös osallistaa heidät yhteisen päämäärän eli turvallisen hoidon saavuttamiseen.

Mielenkiintoista olisi tutkia sitä, miten potilaat itse kehittäisivät potilasturvallisuutta ja millaisin keinoin he itse olisivat valmiita osallistumaan turvallisuuden parantamiseen. Myös se millaiseksi potilaat itse näkevät oman roolinsa potilasturvallisuuden parantamisessa olisi tärkeä tietää. Näin voitaisiin löytää sellaisia keinoja osallistaa potilaat turvallisuuden parantamiseen, joihin he sitoutuisivat kaikista parhaiten.

Toinen tärkeä alue olisi tutkia potilaiden kokemien virheiden käsittelyyn liittyviä asioita. Esimerkiksi sitä, miten potilaat toivoisivat virheitä käsiteltävän ja keitä käsittelyyn osallistuisi. Tästä saatavan tiedon avulla voitaisiin luoda yhteisiä toimintatapoja, joilla virheitä käsitellään.

LÄHTEET

- Amoore, J. & Ingram, P. (2002). Quality improvement report. Learning from adverse incidents involving medical devices. *British Medical Journal*, 325, 272–275.
- Angood, P., Dingman, J., Foley, M., Ford, D., Martins, B., O'Regan, P., Salamendra, A., Sheridan, S. & Denham, C. (2010). Patient and Family Involvement in Contemporary Health Care. *Journal of Patient Safety*, 6, 38–42
- Anthony, R., Miranda, F., Mawji, Z., Cerimele, R., Davis, R. & Lawrence, S. (2003). The LVHHN patient safety video: patients as partners in safe care delivery. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29, 640–645.
- Bismark, M. (2009). The power of apology. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 122, 96–106.
- Bittle, M. & LaMarche, S. Engaging the patient as observer to promote hand hygiene compliance in ambulatory Care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35, 519–525.
- Blendon, R., DesRoches, C., Brode, M., Benson, J., Rosen, A., Schneider, E., Altman, D., Zapert, K., Herrman, M. & Steffenson, A. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *The New England Journal of Medicine*, 347, 1933–1940.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2005). *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*. St. Louis: Elsevier.
- Coulter, A. & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 335, 24–27.
- Corrigan, J., Donaldson, M., Kohn, L., McKay, T. & Pike, K. (1999). To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine. Haettu 8.10.2010 osoitteesta <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.ashx>
- Davis, R., Jacklin, R., Sevdalis, N. & Vincent, C. (2007). Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 10, 259–267.
- Davis, R., Koutantji, M. & Vincent, C. (2008). How willing are patients to question healthcare staff on issues related to the quality and safety to their healthcare? An exploratory study. *Quality and Safety in Health Care*, 17, 90–96.
- Davis, R., Sevdalis, N. & Vincent, C. (2011). Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *Quality and Safety in Health Care*, 20, 108–114.

Department of Health. (2000). An organization with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. London: Stationery Office. Haettu 10.3.2011 osoitteesta

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf

Entwistle, V.A., Mello, M.M. & Brennan, T.A. (2005). Advising patients about patient safety: current initiatives risk shifting responsibility. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31, 483–494.

ETENE. 2011. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Haettu 23.3.2011 osoitteesta <http://www.etene.fi/fi>

Eurobarometri 327, (2010). Patient safety and quality of healthcare. Haettu 10.11.2010. osoitteesta http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_sum_en.pdf

Euroopan yhteisöjen neuvosto. (2009). Council recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Haettu 12.11.2010. osoitteesta http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf

Fowler, F., Epstein, A., Weingart, S., Annas, C., Bolcic-Jankovic, D., Clarrigde, B., Schneider, E. & Weissman, J. (2008). Adverse events during hospitalization: Results of a patient survey. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34, 583–590.

Friedman, S., Provan, D., Moore, S. & Hanneman, K. (2008). Errors, near misses and adverse events in the emergency department: What can patients tell us? *The Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians*, 10, 421–427.

Guijarro, P., Andrés, J., Mira, J., Perdiguero, E. & Aibar, C. (2010). Adverse events in hospitals: the patient's point of view. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 144–147.

Hall, J., Peat, M., Birks, Y., Golder, S., Entwistle, V., Gilbody, S., Mansell, P., McGaughan, D., Sheldon, T., Watt, I., Williams, B. & Wright, J. (2010). Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 1–7.

Hibbard, J.H., Peters, E., Slovic, P. & Tusler, M. (2005). Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Medical Care Research and Review*, 62, 601–616.

Holme, A. (2009). Exploring the role of patients in promoting safety: policy to practice. *British Journal of Nursing*, 18, 1392–1395.

Hovey, R., Morck, A. & Nettleton, S. (2010). Partners in our care: patient safety from a patient perspective. *Quality & Safety in Health Care*, 19, 1–4.
doi:10.1136/qshc.2008.030908

Jha, A., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I. & Bates, D. (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *Quality & Safety in Health Care*, 19, 42–47.

Johnstone, M-J. & Kanitsaki, O. (2009). Engaging patients as safety partners: Some considerations for ensuring a culturally and linguistically appropriate approach. *Health Policy*, 90, 1–7.

Jorm, C., Dunbar, N., Sudano, L. & Travaglia, J. (2009). Should patient safety be more patient centered? *Australian Health Review*, 33, 390–399.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

King, A., Daniels, J., Lim, J., Cochrane, D., Taylor, A. & Ansermino, J. (2010). Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Quality & Safety in Health Care*, 19, 148–157.

Kinnunen, M. (2010). Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitös-kirja. Liiketaloustiede; johtaminen ja organisaatiot. Vaasan yliopisto.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (2009). Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa M. Kinnunen, & K. Peltomaa (toim.) *Moniulotteinen potilasturvallisuus* (s. 77–97). Helsinki: Suomen graafiset palvelut.

Kuula, A. (2006). *Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Kuzel, A.J., Woolf, S.T., Gilchrist, V.J., Engel, J.D., LaVeist, T.A., Vincent, C. & Frankel, R.M. (2004). Patient reports of preventable problems and harms in primary care. *Annals of family Medicine*, 2, 333–340.

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Haettu 9.11.2010. osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2003). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

Leino-kilpi, H. (2008). Eettisesti erilaiset hoitokäytännöt. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki (toim.), *Etiikka hoitotyössä* (s.103–136). Juva: WS Bookwell.

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 53–62.

Marella, W., Finley, E., Thomas, A. & Clarke, J. (2007). Health care consumers' inclination to engage in selected patient safety practices: A survey of adults in pennsylvania. *Journal of patient safety*, 3, 184–189.

MacPherson, H., Scullion, A., Thomas, K. & Walters, S. S. (2004). Patients reports of adverse events associated with acupuncture treatment: a prospective national survey. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 349–355.

McLernon, D., Bond, C., Hannafors, P., Watson, M., Lee, A., Hazell, L. & Avery, A. (2010). Adverse Drug Reaction Reporting in the UK. A retrospective Observational Comparison of Yellow Card Reports Submitted by Patients and Healthcare Professionals. *Drug Safety*, 33, 775–788.

Metlay, J.P., Cohen, A., Polsky, D., Kimmel, S.E., Koppel, R. & Hennessy, S. (2005). Medication safety in older adults: home-based practice patterns. *Journal of the American Geriatric Society*, 53, 976–982.

Metsämuuronen, J. (2007). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino.

Newell, S., Jones, D. & Hatlie, M. (2010). Partnership with patients to improve patient safety. *Medical Journal of Australia*, 192, 63–64.

Ocloo, J. (2010). Harmed patients gaining voice: Challenging dominant perspectives in the construction on medical harm and patient safety reforms. *Social Science & Medicine*, 71, 510–516.

Pandhi, N., Schumacher, J., Flynn, K.E. & Smith, M. (2008). Patients' perceptions of safety if interpersonal continuity of care were to be disrupted. *Health Expectations*, 11, 400–408.

Peat, M., Entwistle, V., Hall, J., Birks, Y. & Golder, S. on behalf of the PIPS Group. (2010). Scoping review and approach to appraisal of interventions intended to involve patients in patient safety. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15, 17–25.

Pennbrant, S. (2009). Äldre patienters, närståendes och läkares erfarenheter av mötet dem emellan. En studie inom sjukhusvård med ett sociokulturellt perspektiv. University of Gothenburg, Sweden. Haettu 15.2.2011 osoitteesta http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21198/1/gupea_2077_21198_1.pdf

Pereira, A. & Pearson, S. (2003). Patient attitudes toward continuity of care. *Archives of Internal Medicine*, 163, 909–912.

Polit, D. & Beck, C. (2010). *Nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Potilas- ja läkehoidon turvallisuussanasto. (2006). Stakesin työpapereita 28/2006. Haettu 3.9.2010 osoitteesta <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

- Quinn, C. (2003). Infusion devices: understanding the patient perspectives to avoid errors. *Professional nurse*, 19, 79–83.
- Salanterä, S. & Hupli, M. (2003). Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa S. Lauri (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö* (s. 21–39). Helsinki. WSOY.
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J. & Davis, K. (2005). Taking the pulse of health care systems: experience of patients with health problems in six countries. *Health Affairs*, 3, 509–525.
- Solberg, L., Asche, S., Averbek, B., Hayek, A., Schmitt, M. Lindquist, T. & Carlson, R. (2008). Can patient safety be measured by surveys of patient experience? *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34, 266–274.
- Schwappach, D.L. (2010). Engaging patients as vigilant partners in safety. A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 67, 119–148.
- Schwappach, D. (2008). “Against the silence”: Development and first results of a patient survey to assess experiences of safety related events in hospital. *BMC Health Services Research*, 8, 1–8.
- Schwappach, D. & Wernli, M. (2010). Am I (un)safe here? Chemotherapy patients’ perspectives towards engaging in their safety. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 11–16.
- Snellman, E. (2009). Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa M. Kinnunen, & K. Peltomaa (toim.) *Potilasturvallisuus ensin* (s. 29–41). Helsinki: Suomen graafiset palvelut.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Potilasturvallisuussivut .Haettu 8.11.2010. osoitteesta http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus
- Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Haettu 3.9.2010 osoitteesta http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf
- TENK 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Haettu 23.3.2011 osoitteesta <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326. Haettu 12.1.2011 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino.

Turunen, H., Partanen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Miettinen, M. (2008). Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi – kysely erikoissairaanhoidon henkilöstölle. X Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Hoitotiede terveyden ja hoitamisen palveluksessa. 26–27.9.2008 Åbo Akademi, Vaasa.

Valli, R. (2007). Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I Metodien valinta ja aineistonkeruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (s.102–125). Juva: WS Bookwell.

Walrath, J.M. & Rose, L.E. (2008). The medication administration process. Patients' perspectives. *Journal of Nursing Care Quality*, 23, 345–352.

Waterman, A.D., Gallagher, T.H., Garbutt, J., Waterman, B.M., Fraser, V. & Burroughs, T.E. (2006). Brief report: hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 367–370.

Wilkinson, C., Khanji, M., Cotter, P., Dunne, O. & O'Keeffe, S. (2008). Preferences of acutely ill patients for participation in medical decision-making. *Quality and Safety in Health Care*, 17, 97–100.

Weingart, S.N., Hamrick, H.E., Tutkus, S., Carbo, A., Sands, D.Z., Tess, A., Davis, R., Bates, D.W. & Phillips R. (2008). Medication safety messages for patients via the web portal: The MedCheck intervention. *International Journal of Medical Informatics*, 77, 161–168.

Weingart, S.N., Morway, L., Brouillard, D., Cleary, A., Eng, T.K., Saadeh, M.G., Seger, A.C., Bates, D.W. & Leape, L.L. (2009). Rating recommendations for consumers about patient safety: sense, common sense, or nonsense? *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35, 206–215.

Weingart, S.N., Pagovich, O., Sands, D.Z., Li, J.M., Aronson, M.D., Davis, R.B., Bates, D.W. & Phillips, R.S. (2005). What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 830–836.

Weingart, S.N., Toth, M., Eneman, J., Aronon, M.D., Sands, D.Z., Ship, A.n., Davis, R.B. & Phillips, R.S. (2004). Lessons from a patient partnership intervention to prevent adverse drug events. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 499–507.

World Alliance for Patient Safety. (2004). Forward programme 2005. Haettu 8.10.2011 osoitteesta http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

World Alliance for Patient Safety taxonomy. (2009). The international classification for patient safety key concepts and preferred terms. Teoksessa *The conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Haettu 12.9.2010 osoitteesta http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

Liitetaulukko 1. Tiedonhakutaulukko.

Tieto- kanta	Hakusanat	Rajaukset	Haku- tulos syyskuu 2010	Valitut syyskuu 2010	Haku- tulos tammi- kuu 2011	Valitut tammi- kuu 2011
Cinahl	consumer and role and "patient safe- ty"	Peer Reviewed; Publication Type: Research, year 2000-2010	11	3	12	1
Cinahl	"consumer partici- pation" and "pa- tient safety"	Peer Reviewed; Publication Type: Research, year 2000-2010	17	5	19	1
Cinahl	"patient reports" and "patient safe- ty"	Peer Reviewed; Publication Type: Research, year 2000-2010	4	4	4	-
Cinahl	"patient involve- ment" and "patient safety"	Peer Reviewed; Publication Type: Research, year 2000-2010	4	1	5	-
Cinahl	"patients perspec- tive" and "patient safety"	Peer Reviewed; Publication Type: Research, year 2000-2010	3	1	3	-
Cinahl	"patient education" and "patient safe- ty"	Peer Reviewed; Publication Type: Research, year 2000-2010	55	2	59	-
Cinahl	"patient survey" and "patient safe- ty"	Peer Reviewed; Publication Type: Research, year 2000-2010	1	1	2	-
Pubmed	"patient involve- ment" and "patient safety"	English, review	5	3	5	-
Pubmed	"patient partner- ship" and "patient safety"	English, review	3	1	1	-
Pubmed	"patient reports" and "patient safe- ty"	English, review	7	1	0	-

jatkuu...

Liitetaulukko 1 jatkuu..

Tieto- kanta	Hakusanat	Rajaukset	Haku- tulos syysku u 2010	Valitut syys- kuu 2010	Haku- tulos tammi- kuu 2011	Valitut tammi- kuu 2011
Pubmed	"patient partici- pation" and "pa- tient safety"	English, review	27	2	12	-
Pubmed	engaging and patients and safe- ty	English, review	25	1	11	-
Pubmed	“patient survey” and “patient safe- ty”	English, review	4	1	0	-
Pubmed	safety and device and “patient per- spective”	English	1	1	1	0
Cochra- ne	“patient safety” and “communi- cation”		19	1	19	-
Käsiha- ku				2		1
Yhteensä			186	30	153	3

Liitetaulukko 2. Muuttujaluettelo.

Kyselylomakkeen aihepiiri	Kysymykset	Tutkija(t), vuosi
Taustamuuttujat	1–5	Davis ym. 2007, Davis ym. 2008, Longtin ym. 2010, Schwappach 2009
Potilaan kokemuksia viimeiseltä hoitojaksolta		
• laiteturvallisuudesta	9–10	Quinn 2003
• hoidon turvallisuudesta	6–8	Friedman ym. 2008; Holme 2009; Kuzel ym. 2004; MacPherson ym. 2004; Ocloo, 2010; Pandhi ym. 2008; Pereira & Pearson, 2003; Schoen ym. 2005; Solberg ym. 2008; Walrath & Rose, 2008; Weingart ym. 2004; Weingart ym. 2005; Weingart ym. 2008
• lääketurvallisuudesta	11–18	Fowler ym. 2008; Friedman ym. 2008; Metlay ym. 2005; Schoen ym. 2005; Walrath ym. 2008; Weingart ym. 2004; Weingart ym. 2005
• kokemukset haittatapahtumien myöntämisestä ja anteeksipyyttämisestä	58,59	Bismark, 2009; Guijarro ym. 2010; Ocloo, 2010
• potilaan osallistumisesta: hoito-henkilökuntaan liittyvien tekijöiden vaikutus potilaan osallistumiseen		
– asenne	19,20	Davis ym. 2007; Longtin ym. 2010; Potilasturvallisuusstrategia 2009; Pennbrandt, 2009; Walrath ym. 2008
– kommunikaatio	23,24	Longtin ym. 2010; Pennbrandt, 2009; Walrath ym. 2008
– kannustaminen	21,25,26	Angood ym. 2010; Coulter & Ellins 2007; Davis ym. 2007; Longtin ym. 2010; Schwappach, 2009
– kiire	22	Longtin ym. 2010; Kuzel ym. 2004; Pennbrandt, 2009; Walrath ym. 2008

jatkuu...

Liitetaulukko 2 jatkuu..

Kyselylomakkeen aihepiiri	Kysymykset	Tutkija(t), vuosi
Potilaiden yleisiä näkemyksiä		
• hoidon turvallisuudesta	27–31	Davis ym. 2007; Eurobarometri 327; Walrath & Rose 2008
• laiteturvallisuudesta	32–34	Quinn 2003
• lääketurvallisuudesta	35–39	Walrath ym. 2008
• haittatapahtumien tunnistamisesta	55, 56, 57	Fowler ym. 2008; Friedman ym. 2008; Kuzel ym. 2004; MacPherson ym. 2004; Solberg ym. 2008; Weingart ym. 2004; Weingart ym. 2005; Weingart ym. 2008
• potilaan osallistumisesta		
– uuden roolin hyväksyminen	40–42	Hibbard ym. 2005; Schoen ym. 2005; Walrath ym. 2008; Waterman ym. 2006
– halukkuus osallistua	43	Anthony ym. 2003; Bittle ym. 2009, Schwappach 2009; Waterman ym. 2006
– demografiset ominaisuudet	2,3,4	Davis ym. 2007; Davis ym. 2008; Longtin ym. 2010; Schwappach, 2009
– päätöksentekoa vaativan asian suuruus	44,45	Longtin ym. 2010
– asian haasteellisuus	46–48	Davis ym. 2008; Peat ym. 2010; Walrath ym. 2008; Waterman ym. 2006
– sairaus ja sen oireet	49	Davis ym. 2007,
– omiin kykyihin luottaminen	50, 51	Friedman ym. 2008; Kuzel ym. 2004; Weingart ym. 2004; Weingart ym. 2005; Weingart ym. 2008; Guijarro ym. 2010; King ym. 2010
– terveydenlukutaito	52	
Potilasturvallisuusmateriaali		
• ohjeiden tunnettavuus	53, 54	Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009

Liitetaulukko 3. Sattuneiden virheiden yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Sattuneita virheitä a= kyllä b= ei c= en tiedä	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p-arvo
Minusta tuntuu luontevalta kysyä lääkityksestäni lääkäreiltä tai hoitajilta	a b c	2,8 2,1 2,8	5,6 2,1 0	91,7 95,7 97,2	166	.711
Hoitolaitoksessa ollessani minulla on oikeus tietää mitä lääkkeitä minulle annetaan	a b c	5,6 0 0	2,8 0 0	91,7 100 100	166	.019
Minusta tuntuisi helpolta keskustella hoitavan henkilökunnan kanssa hoidostani ja siihen liittyvistä asioista	a b c	2,9 1,1 0	8,6 3,3 8,1	88,6 95,6 91,9	163	.407
Haluun tietä, miten hoitoani on suunniteltu	a b c	5,6 1,1 0	0 1,1 0	94,4 97,8 100	165	.480
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin pieniin päätöksiin kuten esimerkiksi kotiutusajankohdasta päättämiseen	a b c	5,6 4,3 2,7	8,3 6,5 0	86,1 89,2 97,3	166	.427
Haluaisin oppia, miten voin omalla toiminnallani parantaa hoitoni turvallisuutta	a b c	8,3 4,3 2,7	2,8 2,2 2,7	88,9 93,5 94,6	166	.794
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin merkittäviin päätöksiin liittyen esimerkiksi hoitolinjoihin/-linjan valintaan	a b c	11,1 14,6 5,6	8,3 2,2 2,8	80,6 83,1 91,7	161	.327
Mielestäni potilaan tulisi voida osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa sairauden missä vaiheessa tahansa	a b c	5,4 6,5 5,4	13,5 13,5 8,1	81,1 80,4 86,5	166	.959
Olen sitä mieltä, että potilaiden tulee osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa	a b c	0 3,2 2,8	8,3 0 0	91,7 96,8 97,2	165	.038
Minusta tuntuisi helpolta kysyä lääkäriltä onko hän pessyt käteniä	a b c	13,5 7,6 17,1	54,1 71,7 60	32,4 20,7 22,9	164	.253
Minusta tuntuisi helpolta kysyä hoitajalta onko hän pessyt käteniä	a b c	8,1 5,4 14,3	56,8 68,5 57,1	35,1 26,1 28,6	164	.396
Pidän todennäköisenä, että potilas ei voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana Suomessa	a b c	2,7 3,2 8,6	48,6 16,1 20	48,6 80,6 71,4	165	.002

jatkuu..

Liitetaulukko 3 jatkuu..

Muuttujat	Sattuneita virheitä a= kyllä b= ei c= en tiedä	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p-arvo
Mielestäni terveyden- ja sairaanhoito on Suomessa turvallista	a b c	5,4 0 2,8	5,4 2,2 5,6	89,2 97,8 91,7	166	.081
Luotan, että hoitolaitoksessa ollessani minulle annetaan oikeat lääkkeet	a b c	2,7 1,1 5,6	5,4 2,1 2,8	91,9 96,8 94,6	167	.328
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on tapahtunut virhe	a b c	10,8 16,1 18,9	29,7 41,9 29,7	59,5 41,9 51,4	167	.371
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on ollut lähellä tapahtua virhe	a b c	5,6 15,1 21,6	44,4 49,5 32,4	50 35,5 45,9	166	.157
Mielestäni hoitavan henkilökunnan tehtävänä on kertoa potilaalle hänen hoidossa käytettävistä laitteista	a b c	2,8 4,3 5,7	8,3 4,3 0	88,9 91,3 94,3	163	.542
Haluaisin tietää etukäteen, jos minulle laitetaan jokin hoidossa käytettävä laite	a b c	2,8 2,1 5,7	5,6 4,3 0	91,7 93,6 94,3	165	.555
Mielestäni minulla on paljon tietoa potilasturvallisuudesta	a b c	8,3 9,7 11,4	52,8 39,8 45,7	38,9 50,5 42,9	164	.709
Olen perehtynyt potilasturvallisuusoppaisiin (potilaan käsikirja ja potilaan muistilista)	a b c	8,1 7,6 17,1	56,8 62 68,6	35,1 30,4 14,3	164	.181
Pidän hyvänä asiana, että hoitolaitoksessa ollessani minulle laitetaan nimiranneke käteen	a b c	19,4 19,8 14,3	8,3 3,3 5,7	72,2 76,9 80	162	.700
Mielestäni on tärkeää tarkistaa potilaan henkilöllisyys vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisi nimiranneke kädessä	a b c	2,7 6,5 4,9	8,1 2,2 3,7	89,2 91,3 91,5	164	.524

Liitetaulukko 4. Sukupuolen yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Suku- puoli	En osaa sanoa	Eri mieltä	Samaa mieltä	n	p-arvo
Minusta tuntuu luontevalta kysyä lääkityksestäni lääkäreiltä tai hoitajilta	Nainen Mies	0,9 4,5	2,8 1,5	96,2 94	173	.510
Hoitolaitoksessa ollessani minulla on oikeus tietää mitä lääkkeitä minulle annetaan	Nainen Mies	0 4,5	0,9 0	99,1 95,5	173	.056
Minusta tuntuisi helpolta keskustella hoitavan henkilökunnan kanssa hoidostani ja siihen liittyvistä asioista	Nainen Mies	1 1,5	6,7 3	92,3 95,5	170	.562
Haluan tietä, miten hoitoani on suunniteltu	Nainen Mies	0 4,5	0 1,5	100 94	172	.022
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin pieniin päätöksiin kuten esimerkiksi kotiutusajan kohdasta päättämiseen	Nainen Mies	2,9 7,5	5,7 4,5	91,4 88,1	172	.379
Haluaisin oppia, miten voin omalla toiminnallani parantaa hoitoni turvallisuutta	Nainen Mies	3,8 7,5	3,8 0	92,5 92,5	173	.194
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin merkittäviin päätöksiin liittyen esimerkiksi hoitolinjoihin/-linjan valintaan	Nainen Mies	9,8 18,2	4,9 1,5	85,3 80,3	168	.181
Mielestäni potilaan tulisi voida osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa sairauden missä vaiheessa tahansa	Nainen Mies	5,7 7,5	10,4 13,4	84 79,1	173	.749
Olen sitä mieltä, että potilaiden tulee osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa	Nainen Mies	3,8 3	2,8 0	93,4 97	172	.561
Minusta tuntuisi helpolta kysyä lääkäriltä onko hän pessyt kätensä	Nainen Mies	10,5 10,6	65,7 63,6	23,8 25,8	171	.970
Minusta tuntuisi helpolta kysyä hoitajalta onko hän pessyt kätensä	Nainen Mies	7,7 7,5	62,5 64,2	39,8 28,4	171	.968
Pidän todennäköisenä, että potilas ei voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana Suomessa	Nainen Mies	4,8 4,5	27,6 19,4	67,6 76,1	172	.484
Mielestäni terveyden- ja sairaanhoito on Suomessa turvallista	Nainen Mies	3,8 0	3,8 2,9	92,4 97,1	173	.312
Luotan, että hoitolaitoksessa ollessani minulle annetaan oikeat lääkkeet	Nainen Mies	0,9 4,5	4,7 0	94,4 95,5	174	.070
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on tapahtunut virhe	Nainen Mies	20,6 10,4	30,8 44,8	48,6 44,8	174	.089

jatkuu..

Liitetaulukko 4 jatkuu..

Muuttujat	Sukupuoli	En osaa sanoa	Eri mieltä	Samaa mieltä	n	p-arvo
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on ollut lähellä tapahtua virhe	Nainen Mies	18,9 11,9	38,7 52,2	42,5 35,8	173	.180
Mielestäni hoitavan henkilökunnan tehtävänä on kertoa potilaalle hänen hoidossa käytettävistä laitteista	Nainen Mies	1,9 7,5	3,9 4,5	94,2 88,1	170	.231
Haluaisin tietää etukäteen, jos minulle laitetaan jokin hoidossa käytettävä laite	Nainen Mies	0 7,5	1,9 6	98,1 86,6	172	.004
Mielestäni minulla on paljon tietoa potilasturvallisuudesta	Nainen Mies	8,7 11,9	46,6 40,3	44,7 47,8	170	.648
Olen perehtynyt potilasturvallisuusoppaisiin (potilaan käsikirja ja potilaan muistilista)	Nainen Mies	8,7 13,4	60,6 62,7	30,8 23,9	171	.447
Pidän hyvänä asiana, että hoitolaitoksessa ollessani minulle laitetaan nimiranneke käteen	Nainen Mies	12,7 26,9	5,9 3	81,4 70,1	169	.062
Mielestäni on tärkeää tarkistaa potilaan henkilöllisyys vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisi nimiranneke kädessä	Nainen Mies	2,9 9	3,8 3	93,3 88,1	171	.245

Liitetaulukko 5. Iän yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Ikäluokka a= 19–50 vuotta b= 51–65 vuotta c= 66–75 vuotta d= 76–89 vuotta	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Sa- maa mieltä %	n	p- arvo
Minusta tuntuu luontevalta kysyä lääkityksestäni lääkäreiltä tai hoitajilta	a b c d	2,6 1,6 5,9 0	0 3,3 2,9 2,6	97,4 95,1 91,2 97,4	172	.682
Hoitolaitoksessa ollessani minulla on oikeus tietää mitä lääkkeitä minulle annetaan	a b c d	0 1,6 2,9 2,6	0 0 0 2,6	100 98,4 97,1 94,7	172	.651
Minusta tuntuisi helpolta keskustella hoitavan henkilökunnan kanssa hoidostani ja siihen liittyvistä asioista	a b c d	0 0 2,9 2,9	2,5 5 11,8 2,9	97,5 95 85,3 94,3	169	.273
Haluan tietä, miten hoitoani on suunniteltu	a b c d	0 0 5,9 2,7	2,5 0 0 0	97,5 100 94,1 97,3	171	.068
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin pieniin päätöksiin kuten esimerkiksi kotiutusajan kohdasta päättämiseen	a b c d	2,5 3,4 5,9 7,9	5 5,1 2,9 7,9	92,5 91,5 91,2 84,2	171	.860
Haluaisin oppia, miten voin omalla toiminnallani parantaa hoitoni turvallisuutta	a b c d	5 3,3 5,9 7,9	0 3,3 0 5,3	95 93,3 94,1 86,8	172	.669
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin merkittäviin päätöksiin liittyen esimerkiksi hoitolinjoihin/-linjan valintaan	a b c d	0 15 11,8 24,2	2,5 1,7 5,9 6,1	97,5 83,3 82,4 69,7	167	.010
Mielestäni potilaan tulisi voida osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa sairauden missä vaiheessa tahansa	a b c d	2,5 5,1 11,8 7,7	7,5 11,9 14,7 12,8	90 83,1 73,5 79,5	172	.642
Olen sitä mieltä, että potilaiden tulee osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa	a b c d	2,5 3,3 5,9 2,7	0 0 2,9 5,4	97,5 96,7 91,2 91,9	171	.460
Minusta tuntuisi helpolta kysyä lääkäriltä onko hän pessyt kätensä	a b c d	7,5 11,7 11,7 11,1	67,5 63,3 67,6 61,1	25 25 20,6 27,8	171	.987
Minusta tuntuisi helpolta kysyä hoitajalta onko hän pessyt kätensä	a b c d	7,5 10 5,9 5,6	62,5 61,7 70,6 58,3	30 28,3 23,5 36,1	171	.922

jatkuu..

Liitetaulukko 5 jatkuu..

Muuttujat	Ikäluokka a= 19–50 vuotta b= 51–65 vuotta c= 66–75 vuotta d= 76–89 vuotta	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Sa- maa mieltä %	n	p- arvo
Pidän todennäköisenä, että potilas ei voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana Suomessa	a b c d	2,6 4,9 0 10,8	28,2 23 26,5 21,6	69,2 72,1 73,5 67,6	171	.591
Mielestäni terveyden- ja sairaanhoito on Suomessa turvallista	a b c d	0 0 5,9 5,4	2,5 1,6 11,8 0	97,5 98,4 82,4 94,6	172	.010
Luotan, että hoitolaitoksessa ollessani minulle annetaan oikeat lääkkeet	a b c d	0 0 8,8 2,6	5,1 1,6 2,9 2,6	94,9 98,4 88,2 94,9	173	.122
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on tapahtunut virhe	a b c d	10 20 8,8 25,6	30 43,3 29,4 38,5	60 36,7 61,8 35,9	173	.067
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on ollut lähellä tapahtua virhe	a b c d	10 20 14,7 18,4	30 53,3 41,2 47,4	60 26,7 44,1 34,2	172	.062
Mielestäni hoitavan henkilökunnan tehtävänä on kertoa potilaalle hänen hoidossa käytettävistä laitteista	a b c d	0 3,3 8,8 5,7	2,6 6,6 5,9 0	97,4 90,2 85,3 94,3	169	.294
Haluaisin tietää etukäteen, jos minulle laitetaan jokin hoidossa käytettävä laite	a b c d	0 3,3 5,9 2,7	5,1 3,3 5,9 0	94,9 93,4 88,2 97,3	171	.575
Mielestäni minulla on paljon tietoa potilasturvallisuudesta	a b c d	2,5 8,3 8,8 22,9	30 45 50 51,4	67,5 46,7 41,2 25,7	169	.007
Olen perehtynyt potilasturvallisuusoppaisiin (potilaan käsikirja ja potilaan muistilista)	a b c d	5 10 9,1 18,9	60 63,3 66,7 54,1	35 26,8 24,2 27	170	.583
Pidän hyvänä asiana, että hoitolaitoksessa ollessani minulle laitetaan nimiranneke käteen	a b c d	28,2 23 6,2 11,4	5,1 3,3 6,1 5,7	66,7 73,8 87,9 82,9	168	.162
Mielestäni on tärkeää tarkistaa potilaan henkilöllisyys vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisi nimiranneke kädessä	a b c d	2,6 8,2 5,9 2,7	2,6 0 5,9 8,3	94,9 91,8 88,2 88,9	170	.241

Liitetaulukko 6. Koulutuksen yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta. (%
n, p-arvo).

Muuttujat	Koulutus a= perus- tai kansakoulu b= keskiaste c= korkea- aste	En osaa sanoa %	Eri miel- tä %	Sa- maa miel- tä %	n	p- arvo
Minusta tuntuu luontevalta kysyä lää- kityksestäni lääkäreiltä tai hoitajilta	a b c	3,9 0 3,6	2,6 3,3 0	93,4 96,7 96,4	165	.512
Hoitolaitoksessa ollessani minulla on oikeus tietää mitä lääkkeitä minulle annetaan	a b c	3,9 0 0	1,3 0 0	94,7 100 100	165	.451
Minusta tuntuisi helpolta keskustella hoitavan henkilö-kunnan kanssa hoi- dostani ja siihen liittyvistä asioista	a b c	2,7 0 0	6,7 3,3 3,7	90,7 96,7 96,3	163	.709
Haluan tietä, miten hoitoani on suun- niteltu	a b c	3,9 0 0	0 1,7 0	96,1 98,3 100	164	.326
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin pieniin päätöksiin kuten esimerkiksi kotiutusajan-kohdasta päättämiseen	a b c	5,3 3,3 3,6	5,3 5 7,1	89,5 91,7 89,3	164	.946
Haluaisin oppia, miten voin omalla toiminnallani parantaa hoitoni turvalli- suutta	a b c	9,2 3,3 0	2,6 1,6 3,6	88,2 95,1 96,4	165	.335
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin merkittäviin päätöksiin liit- tyen esimerkiksi hoitolinjoihin/-linjan valintaan	a b c	21,9 5,1 3,6	4,1 5,1 0	74 89,5 96,4	160	.012
Mielestäni potilaan tulisi voida osallis- tua aktiivisesti omaan hoitoonsa sai- rauden missä vaiheessa tahansa	a b c	9,2 4,9 3,6	13,2 9,8 14,3	13,2 9,8 14,3	165	.771
Olen sitä mieltä, että potilaiden tulee osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa	a b c	5,3 3,3 0	4, 0 0	90,7 96,7 100	164	.408
Minusta tuntuisi helpolta kysyä lääkä- riltä onko hän pessyt kätensä	a b c	18,7 4,9 3,6	58,7 65,6 82,1	22,7 29,5 14,3	164	.024
Minusta tuntuisi helpolta kysyä hoita- jalta onko hän pessyt kätensä	a b c	12,2 4,9 3,6	56,8 63,9 82,1	31,1 31,1 14,3	163	.134
Pidän todennäköisenä, että potilas ei voisi vahingoittaa sairaalahoidon ai- kana Suomessa	a b c	8 3,3 0	25,3 26,2 14,3	66,7 70,5 85,7	164	.305
Mielestäni terveyden- ja sairaanhoito on Suomessa turvallista	a b c	2,6 3,3 0	3,9 1,6 7,1	93,4 95,1 92,9	165	.648

jatkuu..

Liitetaulukko 6 jatkuu..

Muuttujat	Koulutus a= perus- tai kansakoulu b= keskiaste c= korkea-aste	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Sa- maa mieltä %	n	p- arvo
Luotan, että hoitolaitoksessa ollessani minulle annetaan oikeat lääkkeet	a b c	2,6 0 3,6	2,6 1,6 7,1	94,7 98,4 89,3	166	.292
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on tapahtunut virhe	a b c	25 14,5 3,6	30,3 37,1 53,6	44,7 48,4 42,9	166	.059
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on ollut lähellä tapahtua virhe	a b c	22,4 11,5 14,3	42,1 42,6 42,9	35,5 45,9 42,9	165	.492
Mielestäni hoitavan henkilökunnan tehtävänä on kertoa potilaalle hänen hoidossa käytettävistä laitteista	a b c	6,8 0 3,6	2,7 5 7,1	90,5 95 89,3	162	.187
Haluaisin tietää etukäteen, jos minulle laitetaan jokin hoidossa käytettävä laite	a b c	3,9 0 3,6	1,3 6,7 3,6	94,7 93,3 92,9	164	.214
Mielestäni minulla on paljon tietoa potilasturvallisuudesta	a b c	17,8 4,9 3,6	50,7 42,6 32,1	31,5 52,5 64,3	162	.006
Olen perehtynyt potilasturvallisuusoppaisiin (potilaan käsikirja ja potilaan muistilista)	a b c	20,3 3,2 3,7	59,5 62,9 59,3	20,3 33,9 37	163	.008
Pidän hyvänä asiana, että hoitolaitoksessa ollessani minulle laitetaan nimiranneke käteen	a b c	17,8 19,7 18,5	2,7 3,3 11,1	79,5 77 70,4	161	.493
Mielestäni on tärkeää tarkistaa potilaan henkilöllisyys vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisi nimiranneke kädessä	a b c	8,1 3,3 3,6	5,4 1,6 3,6	86,5 95,1 92,9	163	.575

Liitetaulukko 7. Ammatin yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Ammattiryhmä a= johtava asema tai toimihenkilö b= työntekijä c= yrittäjä d= eläkeläinen e= ei työelämässä	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Sa- maa mieltä %	n	p-arvo
Minusta tuntuu luontevalta kysyä lääkityksestäni lääkäreiltä tai hoitajilta	a b c d e	0 2,4 5,9 2,5 0	4,8 2,4 0 2,5 0	95,2 95,2 94,1 95,1 100	173	.923
Hoitolaitoksessa ollessani minulla on oikeus tietää mitä lääkkeitä minulle annetaan	a b c d e	0 2,4 0 2,5 0	0 0 0 1,2 0	100 97,6 100 96,3 100	173	1.000
Minusta tuntuisi helpolta keskustella hoitavan henkilökunnan kanssa hoidostani ja siihen liittyvistä asioista	a b c d e	0 0 0 2,6 0	0 9,3 5,9 5,2 0	100 90,7 94,1 92,2 100	170	.817
Haluan tietä, miten hoitoani on suunniteltu	a b c d e	0 0 0 3,8 0	0 2,3 0 0 0	100 97,7 100 96,2 100	172	.670
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin pieniin päätöksiin kuten esimerkiksi kotiutusajankohdasta päättämiseen	a b c d e	0 7 5,9 5 0	9,5 7 0 5 0	90,5 86 94,1 90 100	172	.901
Haluaisin oppia, miten voin omalla toiminnallani parantaa hoitoni turvallisuutta	a b c d e	0 7 5,9 6,3 0	4,8 2,3 0 2,5 0	95,2 90,7 94,1 91,3 100	173	.952
Olisin halukas osallistumaan hoitoani koskeviin merkittäviin päätöksiin liittyen esimerkiksi hoitolinjoihin/-linjan valintaan	a b c d e	0 9,3 31,3 15,8 8,3	4,8 0 0 5,3 8,3	95,2 90,7 68,8 78,9 83,3	168	.079
Mielestäni potilaan tulisi voida osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa sairauden missä vaiheessa tahansa	a b c d e	0 2,3 11,8 10 0	9,5 11,6 23,5 11,3 0	90,5 86 64,7 78,8 100	173	.925

jatkuu..

Liitetaulukko 7 jatkuu..

Muuttujat	Ammattiryhmä a= johtava asema tai toimihenkilö b= työntekijä c= yrittäjä d= eläkeläinen e= ei työelämässä	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Sa- maa mieltä %	n	p-arvo
Olen sitä mieltä, että potilaiden tulee osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa	a b c d e	0 2,3 0 5 9,1	0 0 0 3,8 0	100 97,7 100 91,3 90,9	172	.725
Minusta tuntuisi helpolta kysyä lääkäriltä onko hän pessyt kätensä	a b c d e	9,5 4,7 5,9 16,7 0	71,4 69,8 64,7 59 75	19 25,6 29,4 24,4 25	171	.634
Minusta tuntuisi helpolta kysyä hoitajalta onko hän pessyt kätensä	a b c d e	9,5 4,7 0 11,5 0	71,4 65,1 58,8 60,3 66,7	19 30,2 41,2 28,2 33,3	171	.713
Pidän todennäköisenä, että potilas ei voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana Suomessa	a b c d e	4,8 4,8 0 6,3 0	14,3 33,3 23,5 22,5 25	81 61,9 76,5 71,3 75	172	.842
Mielestäni terveyden- ja sairaanhoito on Suomessa turvallista	a b c d e	0 0 0 3,8 8,3	0 4,7 11,8 2,5 0	100 95,3 88,2 93,8 91,7	173	.343
Luotan, että hoitolaitoksessa ollessani minulle annetaan oikeat lääkkeet	a b c d e	0 0 5,9 3,7 0	0 7,1 0 2,4 0	100 92,9 94,1 93,9 100	174	.625
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on tapahtunut virhe	a b c d e	19 14 11,8 19,8 8,3	52,4 32,6 29,4 34,6 41,7	28,6 53,5 58,8 45,7 50	174	.687
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on ollut lähellä tapahtua virhe	a b c d e	23,8 14 17,6 16,3 8,3	47,6 44,2 35,3 45 41,7	28,6 41,9 47,1 38,8 50	173	.940

jatkuu..

Liitetaulukko 7 jatkuu..

Muuttujat	Ammattiryhmä a= johtava asema tai toimihenkilö b= työntekijä c= yrittäjä d= eläkeläinen e= ei työelämässä	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Sa- maa mieltä %	n	p-arvo
Mielestäni hoitavan henkilö- kunnan tehtävänä on kertoa potilaalle hänen hoidossa käy- tettävistä laitteista	a b c d e	0 0 5,9 7,7 0	0 7,1 5,9 3,8 0	100 92,9 88,2 88,5 100	170	.466
Haluaisin tietää etukäteen, jos minulle laitetaan jokin hoidos- sa käytettävä laite	a b c d e	0 0 5,9 5 0	0 9,5 0 2,5 0	100 90,5 94,1 92,5 100	172	.378
Mielestäni minulla on paljon tietoa potilasturvallisuudesta	a b c d e	0 2,4 11,8 16,7 8,3	42,9 28,6 58,8 48,7 50	57,1 69 29,4 34,6 41,7	170	.007
Olen perehtynyt potilasturval- lisuusoppaisiin (potilaan käsi- kirja ja potilaan muistilista)	a b c d e	0 7,1 11,8 15,2 8,3	57,1 59,5 70,6 62 58,3	42,9 33,3 17,6 22,8 33,3	171	.399
Pidän hyvänä asiana, että hoi- tolaitoksessa ollessani minulle laitetaan nimiranneke käteen	a b c d e	28,6 23,8 23,5 11,7 16,7	9,5 4,8 5,9 3,9 0	61,9 71,4 70,6 84,4 83,3	169	.375
Mielestäni on tärkeää tarkistaa potilaan henkilöllisyys vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisi nimiranneke kädessä	a b c d e	9,5 7,1 0 5,1 0	0 2,4 5,9 5,1 0	90,5 90,5 94,1 89,9 100	171	.898

Liitetaulukko 8. Hoitopaikan yhteys potilaiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta. (%
n, p-arvo).

Muuttujat	Hoitopaikka a= vuodeosastot b= päiväkirurgia	En osaa sanoa %	Eri miel- tä %	Sa- maa mieltä %	n	p-arvo
Minusta tuntuu luontevalta kysyä lääkityksestäni lääkäreiltä tai hoitajilta	a b	3,5 1,3	1,2 2,5	95,3 96,3	165	.612
Hoitolaitoksessa ollessani minulla on oikeus tietää mitä lääkkeitä minulle annetaan	a b	2,4 1,3	1,2 0	96,5 98,8	165	1.000
Minusta tuntuisi helpolta keskus- tella hoitavan henkilökunnan kanssa hoidostani ja siihen liitty- vistä asioista	a b	2,4 0	7,2 2,5	90,4 7,5	162	.170
Haluan tietä, miten hoitoani on suunniteltu	a b	3,5 0	1,2 0	95,3 100	164	.246
Olisin halukas osallistumaan hoi- toani koskeviin pieniin päätöksiin kuten esimerkiksi kotiutus- ajankohdasta päättämiseen	a b	7,1 2,5	5,9 5,1	87,1 92,4	164	.430
Haluaisin oppia, miten voin omalla toiminnallani parantaa hoitoni turvallisuutta	a b	5,9 3,8	4,7 0	89,4 96,3	165	.159
Olisin halukas osallistumaan hoi- toani koskeviin merkittäviin pää- töksiin liittyen esimerkiksi hoito- linjoihin/-linjan valintaan	a b	13,4 11,5	3,7 3,8	82,9 84,6	160	.940
Mielestäni potilaan tulisi voida osallistua aktiivisesti omaan hoi- toonsa sairauden missä vaiheessa tahansa	a b	10,6 2,5	10,6 11,3	78,8 86,3	165	.131
Olen sitä mieltä, että potilaiden tulee osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa	a b	6 1,3	2,4 1,3	91,7 97,5	164	.363
Minusta tuntuisi helpolta kysyä lääkäriltä onko hän pessyt kätensä	a b	11,9 7,6	61,9 72,2	26,2 20,3	163	.370
Minusta tuntuisi helpolta kysyä hoitajalta onko hän pessyt kätensä	a b	7,1 7,6	59,5 69,6	33,3 22,8	163	.332
Pidän todennäköisenä, että potilas ei voisi vahingoittua sairaalahoi- don aikana Suomessa	a b	7,1 2,5	21,2 26,6	71,8 70,9	164	.368
Mielestäni terveyden- ja sairaan- hoito on Suomessa turvallista	a b	3,5 1,3	4,7 2,5	91,9 96,2	165	.544
Luotan, että hoitolaitoksessa ol- lessani minulle annetaan oikeat lääkkeet	a b	3,5 1,3	2,3 3,8	94,2 95	166	.674

jatkuu..

Liitetaulukko 8 jatkuu..

Muuttujat	Hoitopaikka a= vuodeosastot b= päiväkirurgia	En osaa sanoa	Eri mieltä	Sa- maa mieltä	n	p-arvo
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on tapahtunut virhe	a b	20,9 12,5	37,2 36,3	41,9 51,3	166	.273
Pystyn tunnistamaan, milloin hoidossani on ollut lähellä tapahtua virhe	a b	16,5 16,3	42,4 45	41,2 38,8	165	.956
Mielestäni hoitavan henkilökunnan tehtävänä on kertoa potilaalle hänen hoidossa käytettävistä laitteista	a b	6 2,5	3,6 3,8	90,4 93,7	162	.561
Haluaisin tietää etukäteen, jos minulle laitetaan jokin hoidossa käytettävä laite	a b	4,7 1,3	4,7 2,5	90,6 96,2	164	.405
Mielestäni minulla on paljon tietoa potilasturvallisuudesta	a b	14,3 6,3	39,3 46,8	46,4 46,8	163	.223
Olen perehtynyt potilasturvallisuusoppaisiin (potilaan käsikirja ja potilaan muistilista)	a b	12,9 9	62,4 60,3	24,7 30,8	163	.568
Pidän hyvänä asiana, että hoitolaitoksessa ollessani minulle laitetaan nimiranneke käteen	a b	9,5 27,3	3,6 5,2	86,9 67,5	161	.007
Mielestäni on tärkeää tarkistaa potilaan henkilöllisyys vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisi nimiranneke kädessä	a b	4,7 6,4	3,5 2,6	91,8 91	163	.914

Liitetaulukko 9. Sukupuolen yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja hoitovirheiden ehkäisystä. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Sukupuoli a= nainen b= mies	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Potilaat ovat itse osittain vastuussa hoitonsa turvallisuudesta	a b	6,7 7,5	22,9 11,9	70,5 80,6	172	.200
Hoitolaitoksessa ollessani otan kaikki minulle annettavat lääkkeet kyselemättä mitä ne ovat	a b	0 3	52,4 31,3	47,6 65,7	172	.005
Hoitavan henkilökunnan tulisi uskoa potilasta, jos hän sanoo lääkkeiden olevan väärä	a b	10,5 7,9	14,3 17,5	75,2 74,6	168	.769
Mielestäni potilaat voivat auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä	a b	7,5 13,4	11,3 9	81,1 77,6	173	.421

Liitetaulukko 10. Iän yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja hoitovirheiden ehkäisystä(% , n, p-arvo).

Muuttujat	Ikäluokka a= 19–50 vuotta b= 51–65 vuotta c= 66–75 vuotta d= 76–89 vuotta	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Potilaat ovat itse osittain vastuussa hoitonsa turvallisuudesta	a b c d	0 13,1 0 10,8	17,9 19,7 11,8 24,3	82,1 67,2 88,2 64,9	171	.037
Hoitolaitoksessa ollessani otan kaikki minulle annettavat lääkkeet kyselemättä mitä ne ovat	a b c d	0 1,6 0 2,7	46,2 49,2 23,5 51,4	53,8 49,2 76,5 45,9	171	.067
Hoitavan henkilökunnan tulisi uskoa potilasta, jos hän sanoo lääkkeiden olevan väärä	a b c d	2,6 8,5 3,1 24,3	12,8 16,9 15,6 16,2	84,6 74,6 81,3 59,5	167	.060
Mielestäni potilaat voivat auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä	a b c d	2,5 8,3 8,8 21,1	2,5 16,7 11,8 7,9	95 75 79,4 71,1	172	.036

Liitetaulukko 11. Koulutuksen yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja hoitovirheiden ehkäisystä. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Koulutus a= perus- tai kansakoulu b= keskiaste c= korkea- aste	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Potilaat ovat itse osittain vastuussa hoitonsa turvallisuudesta	a b c	10,8 4,8 3,6	17,6 17,7 25	71,6 77,4 71,4	164	.604
Hoitolaitoksessa ollessani otan kaikki minulle annettavat lääkkeet kyselemättä mitä ne ovat	a b c	2,7 0 0	41,3 39,3 64,3	56 60,7 35,7	164	.095
Hoitavan henkilökunnan tulisi uskoa potilasta, jos hän sanoo lääkkeiden olevan väärä	a b c	15,3 6,7 0	15,3 13,3 17,9	69,4 80 82,1	160	.149
Mielestäni potilaat voivat auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä	a b c	17,1 4,9 0	6,6 11,5 21,4	76,3 83,6 78,6	165	.012

Liitetaulukko 12. Ammatin yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja hoitovirheiden ehkäisystä. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Ammattiryhmä a= johtava asema tai toimihenkilö b= työntekijä c= yrittäjä d= eläkeläinen e= ei työelämässä	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Sa- maa mieltä %	n	p- arvo
Potilaat ovat itse osittain vastuussa hoitonsa turvallisuudesta	a b c d e	4,8 7,1 17,6 6,3 0	28,6 16,7 17,6 16,3 25	66,7 76,2 64,7 77,5 75	172	.692
Hoitolaitoksessa ollessani otan kaikki minulle annettavat lääkkeet kyselemättä mitä ne ovat	a b c d e	0 2,4 0 1,3 0	52,4 42,9 47,1 40 58,3	47,6 54,8 52,9 58,8 41,7	172	.882
Hoitavan henkilökunnan tulisi uskoa potilasta, jos hän sanoo lääkkeiden olevan väärää	a b c d e	4,8 7,1 6,7 12,8 8,3	14,3 14,3 6,7 16,7 25	81 78,6 86,7 70,5 66,7	168	.905
Mielestäni potilaat voivat auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä	a b c d e	0 7 5,9 15 8,3	19 4,7 5,9 11,3 16,7	81 88,4 88,2 73,8 75	173	.284

Liitetaulukko 13. Sattuneiden virheiden yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja hoitovirheiden ehkäisystä. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Sattuneet virheet a= kyllä b= ei c= en tiedä	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p-arvo
Potilaat ovat itse osittain vastuussa hoitonsa turvallisuudesta	a b c	5,4 7,6 8,3	27 12 22,2	67,6 80,4 69,4	165	.264
Hoitolaitoksessa ollessani otan kaikki minulle annettavat lääkkeet kyselemättä mitä ne ovat	a b c	2,8 1,1 0	58,3 38,3 47,2	38,9 60,6 52,8	166	.143
Hoitavan henkilökunnan tulisi uskoa potilasta, jos hän sanoo lääkkeiden olevan vääriä	a b c	14,7 6,6 5,6	14,7 18,7 8,3	70,6 74,7 86,1	161	.344
Mielestäni potilaat voivat auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä	a b c	5,6 9,7 8,1	13,9 8,6 10,8	80,6 81,7 81,1	166	.875

Liitetaulukko 14. Hoitopaikan yhteys potilaiden näkemyksiin vastuusta ja hoitovirheiden ehkäisystä. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Hoitopaikka a= vuodeosastot b= päiväkirurgia	En osaa sanoa %	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p-arvo
Potilaat ovat itse osittain vastuussa hoitonsa turvallisuudesta	a b	8,2 3,8	20 19	71,8 77,2	164	.471
Hoitolaitoksessa ollessani otan kaikki minulle annettavat lääkkeet kyselemättä mitä ne ovat	a b	1,2 1,3	40 48,8	58,8 50	165	.635
Hoitavan henkilökunnan tulisi uskoa potilasta, jos hän sanoo lääkkeiden olevan vääriä	a b	13,3 3,8	13,3 16,5	73,5 79,9	162	.097
Mielestäni potilaat voivat auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä	a b	14,1 6,3	7,1 12,5	78,8 81,3	165	.152

Liitetaulukko 15. Hoitopaikan yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Hoitopaikka a= vuodeosastot b= päiväkirurgia	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Hoitava henkilöstö teki parhaansa turvakseni hoitoni turvallisuuden	a b	6 0	94 100	163	.059
Sain tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista hoidossa ollessani	a b	14,5 15,4	85,3 84,6	120	.918
Minulle kerrottiin riskeistä, mitä hoitooni liittyi	a b	20,3 19	79,7 81	132	.858
Hoitava henkilöstö kertoi minulle hoidossani käytettävistä laitteista ja niiden toiminnasta	a b	17,5 13,3	82,5 86,7	108	.562
Hoitava henkilöstö kertoi miten minun tulee toimia, jos hoidossani käytettävä laite hälyttää	a b	23,4 40,7	76,6 59,3	74	.116
Hoitopaikassa ollessani kipuani hoidettiin hyvin	a b	1,3 1,4	98,7 98,6	151	1.000
Kotiutuessani olin täysin tietoinen lääkityksestäni	a b	1,2 1,3	98,8 98,7	161	1.000
Kotiutuessani minulle annettiin mukaan ajantasainen lääkekortti	a b	24,2 36,4	75,8 63,6	95	.210
Minulle annettiin suullista tietoa uusista lääkkeistäni	a b	19,4 9,8	80,6 90,2	113	.158
Minulle annettiin kirjallista tietoa uusista lääkkeistäni	a b	37,3 29,3	62,7 70,9	92	.421
Minulle kerrottiin, miten minun tulee käyttää lääkkeitäni (säännöllisesti vai tarvittaessa, ennen vai jälkeen aterian)	a b	17,1 4,2	82,9 95,8	142	.012
Minulle kerrottiin, millaisia sivuvaikutuksia käyttämälläni lääkkeillä on	a b	33,9 23,4	66,1 76,6	109	.235
Minulle kerrottiin, miksi minulle aloitettiin uusi lääke	a b	14,3 8	85,7 92	81	.716
Hoitava henkilöstö antoi minun osallistua omaan hoitooni	a b	14,5 3,3	85,5 96,7	99	.165
Sain hoitavalta henkilöstöltä aina tarvittamaani tietoa	a b	6 1,4	94 98,6	155	.220
Hoitava henkilöstö rohkaisi minua kyselymään epäselvistä asioista	a b	15 4,2	85 95,8	151	.027
Hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella kanssani hoidostani	a b	16,9 3,9	83,1 96,1	159	.008
Hoitajat puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b	2,4 1,3	97,6 98,7	163	1.000
Lääkärit puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b	6 3,8	94 96,2	162	.720
Hoitajat kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b	25,4 8,3	74,6 91,7	95	.039
Lääkärit kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b	23 15,4	77 84,6	100	.356

Liitetaulukko 16. Sukupuolen yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta(% , n, p-arvo).

Muuttujat	Sukupuoli a= Nainen b= Mies	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Hoitava henkilöstö teki parhaansa turvatakseni hoitoni turvallisuuden	a b	2,9 3	97,1 97	171	1.000
Sain tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista hoidossa ollessani	a b	19,7 7,5	80,3 92,5	124	.057
Minulle kerrottiin riskeistä, mitä hoitooni liittyi	a b	21,7 14,8	78,3 85,2	137	.316
Hoitava henkilöstö kertoi minulle hoidossani käytettävistä laitteista ja niiden toiminnasta	a b	23,9 2,2	76,1 97,8	113	.002
Hoitava henkilöstö kertoi miten minun tulee toimia, jos hoidossani käytettävä laite hälyttää	a b	37,2 17,6	62,8 82,4	77	.059
Hoitopaikassa ollessani kipuani hoidettiin hyvin	a b	1 1,6	99 98,4	159	1.000
Kotiutuessani olin täysin tietoinen lääkityksestäni	a b	2,9 0	97,1 100	169	.282
Kotiutuessani minulle annettiin mukaan ajan- tasainen lääkekortti	a b	31,6 26,2	68,4 73,8	99	.560
Minulle annettiin suullista tietoa uusista lää- kkeistäni	a b	20,6 7,8	79,4 92,2	119	.055
Minulle annettiin kirjallista tietoa uusista lääkkeistäni	a b	39,6 27,9	60,4 72,1	96	.229
Minulle kerrottiin, miten minun tulee käyttää lääkkeitani (säännöllisesti vai tarvittaessa, ennen vai jälkeen aterian)	a b	13,5 4,9	86,5 95,1	150	.086
Minulle kerrottiin, millaisia sivuvaikutuksia käyttämälläni lääkkeillä on	a b	34,3 20,9	65,7 79,1	113	.130
Minulle kerrottiin, miksi minulle aloitettiin uusi lääke	a b	15,7 8,8	84,3 91,2	85	.513
Hoitava henkilöstö antoi minun osallistua omaan hoitooni	a b	12,3 7,7	87,7 92,3	104	.530
Sain hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemaa- ni tietoa	a b	6,1 0	89,2 100	163	.082
Hoitava henkilöstö rohkaisi minua kyselemään epäselvistä asioista	a b	10,8 9,1	89,2 90,9	159	.731
Hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella kanssani hoidostani	a b	12,9 6,1	87,1 93,9	167	.155
Hoitajat puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b	1,9 1,5	98,1 98,5	171	1.000
Lääkärit puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b	4,9 4,5	95,1 95,5	170	1.000
Hoitajat kannustivat minua osallistumaan hoi- toani koskevaan päätöksentekoon	a b	22 14,3	78 85,7	101	.326
Lääkärit kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b	20,6 18,6	79,4 81,4	106	.797

Liitetaulukko 17. Koulutuksen yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitajaksolta(% , n, p-arvo).

Muuttujat	Koulutus a= perus- tai keskikoulu b= keskiaste c= korkea- aste	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Hoitava henkilöstö teki parhaansa turvatakseni hoitoni turvallisuuden	a b c	5,3 1,7 0	94,7 98,3 100	162	.482
Sain tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista hoidossa ollessani	a b c	12,5 19 10	87,5 81 90	118	.545
Minulle kerrottiin riskeistä, mitä hoitooni liittyi	a b c	20,7 16 23,8	99,3 84 76,2	129	.707
Hoitava henkilöstö kertoi minulle hoidossani käytettävistä laitteista ja niiden toiminnasta	a b c	10,2 17,5 21,1	89,8 82,5 78,9	108	.440
Hoitava henkilöstö kertoi miten minun tulee toimia, jos hoidossani käytettävä laite hälyttää	a b c	12,5 48,1 33,3	87,5 51,9 66,7	73	.003
Hoitopaikassa ollessani kipuani hoidettiin hyvin	a b c	0 1,8 4	100 98,2 96	152	.150
Kotiutuessani olin täysin tietoinen lääkityksestäni	a b c	2,7 1,7 0	97,3 98,3 100	161	1.000
Kotiutuessani minulle annettiin mukaan ajantasainen lääkekortti	a b c	17,6 43,3 33,3	82,4 56,7 66,7	93	.041
Minulle annettiin suullista tietoa uusista lääkkeistäni	a b c	13 11,9 18,8	87 88,1 81,3	112	.785
Minulle annettiin kirjallista tietoa uusista lääkkeistäni	a b c	26,8 43,8 31,3	73,2 56,3 68,8	89	.308
Minulle kerrottiin, miten minun tulee käyttää lääkkeitäni (säännöllisesti vai tarvittaessa, ennen vai jälkeen aterian)	a b c	9 9,8 8	91 90,2 92	143	1.000
Minulle kerrottiin, millaisia sivuvaikutuksia käyttämilläni lääkkeillä on	a b c	24 31,6 26,3	76 68,4 73,7	107	.728
Minulle kerrottiin, miksi minulle aloitettiin uusi lääke	a b c	9,3 16 18,2	90,7 84 81,8	79	.572

jatkuu..

Liitetaulukko 17 jatkuu..

Muuttujat	Koulutus a= perus- tai keskikoulu b= keskiaste c= korkea- aste	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Hoitava henkilöstö antoi minun osallistua omaan hoitooni	a b c	12,5 11,4 0	87,5 88,6 100	100	.368
Sain hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemaani tietoa	a b c	2,9 3,5 7,1	97,1 96,5 92,9	155	.487
Hoitava henkilöstö rohkaisi minua kyselemään epäselvistä asioista	a b c	14,3 3,7 11,1	85,7 96,3 88,9	151	.145
Hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella kanssani hoidostani	a b c	11 6,9 10,7	89 93,1 89,3	159	.708
Hoitajat puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b c	2,7 0 3,6	97,3 100 96,4	163	.398
Lääkärit puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b c	5,5 1,6 10,7	94,5 98,4 89,3	162	.145
Hoitajat kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b c	22,2 13,5 21,4	77,8 86,5 78,6	96	.580
Lääkärit kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b c	23,4 13,2 25	76,6 86,8 75	101	.425

Liitetaulukko 18. Iän yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Ikäluokka a=19–50 vuotta b=51–65 vuotta c=66–75 vuotta d=76–89 vuotta	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Hoitava henkilöstö teki parhaansa turvatakseni hoitoni turvallisuuden	a b c d	0 1,7 6,1 5,4	100 98,3 93,9 94,6	170	.316
Sain tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista hoidossa ollessani	a b c d	14,8 9,8 19,4 16	85,2 90,2 80,6 84	124	.694
Minulle kerrottiin riskeistä, mitä hoitooni liittyi	a b c d	17,6 15,9 30 13,8	82,4 84,1 70 86,2	137	.364
Hoitava henkilöstö kertoi minulle hoidossani käytettävistä laitteista ja niiden toiminnasta	a b c d	17,4 15,8 13,8 13	82,6 84,2 86,2 87	113	1.000
Hoitava henkilöstö kertoi miten minun tulee toimia, jos hoidossani käytettävä laite hälyttää	a b c d	35,7 24 37,5 14,3	64,3 76 62,5 85,7	77	.396
Hoitopaikassa ollessani kipuani hoidettiin hyvin	a b c d	0 1,8 3,4 0	100 98,2 96,6 100	158	.669
Kotiutuessani olin täysin tietoinen lääkeyksestäni	a b c d	0 1,7 6,1 0	100 98,3 93,9 100	168	.249
Kotiutuessani minulle annettiin mukaan ajantasainen lääkekortti	a b c d	20 42,4 37 8,3	80 57,6 63 91,7	99	.026
Minulle annettiin suullista tietoa uusista lääkkeistäni	a b c d	11,5 12,5 20,7 16,7	88,5 87,5 79,3 83,3	119	.761
Minulle annettiin kirjallista tietoa uusista lääkkeistäni	a b c d	33,3 31,3 56,3 15	66,7 68,8 43,5 85	96	.037

jatkuu..

Liitetaulukko 18 jatkuu..

Muuttujat	Ikäluokka a=19–50 vuotta b=51–65 vuotta c=66–75 vuotta d=76–89 vuotta	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Minulle kerrottiin, miten minun tulee käyttää lääkkeitäni (säännöllisesti vai tarvittaessa, ennen vai jälkeen aterian)	a b c d	8,6 5,7 16,1 13,3	91,4 94,3 83,9 86,7	149	.394
Minulle kerrottiin, millaisia sivuvaikutuksia käyttämälläni lääkkeillä on	a b c d	21,4 27,5 50 19	78,6 72,5 50 81	113	.074
Minulle kerrottiin, miksi minulle aloitettiin uusi lääke	a b c d	6,7 7,7 33,3 4,3	93,3 92,3 66,8 95,7	85	.026
Hoitava henkilöstö antoi minun osallistua omaan hoitooni	a b c d	0 15,6 4,2 20,8	100 84,4 95,8 79,2	104	.046
Sain hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemaani tietoa	a b c d	2,6 5,4 0 5,7	97,4 94,6 100 94,3	162	.613
Hoitava henkilöstö rohkaisi minua kyselemään epäselvistä asioista	a b c d	2,6 3,5 25 16,1	97,4 96,5 75 13,9	158	.002
Hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella kanssani hoidostani	a b c d	5,1 5,2 23,5 11,4	94,9 94,8 76,5 88,6	166	.038
Hoitajat puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b c d	0 0 6,1 2,7	100 100 93,9 97,3	170	.053
Lääkärit puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b c d	5 0 18,2 0	95 100 81,8 100	169	.000
Hoitajat kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b c d	0 24,1 29,2 21,7	100 75,9 70,8 78,3	101	.016
Lääkärit kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b c d	11,1 12,9 37,5 20,8	88,9 87,1 62,5 79,2	106	.092

Liitetaulukko 19. Ammatin yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitajaksolta. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Ammatti a= johtavassa asemassa tai toimihenkilö b= työntekijä c= yrittäjä d= eläkeläinen e= ei työelämässä	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p-arvo
Hoitava henkilöstö teki parhaansa turvatakseni hoitoni turvallisuuden	a b c d e	0 2,3 0 3,8 8,3	100 97,7 100 96,2 91,7	171	.643
Sain tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista hoidossa ollessani	a b c d e	0 20,7 0 14,5 37,5	100 79,3 100 85,5 62,5	124	.069
Minulle kerrottiin riskeistä, mitä hoitooni liittyi	a b c d e	16,7 20 7,7 18 40	83,3 80 92,3 82 60	137	.451
Hoitava henkilöstö kertoi minulle hoidossani käytettävistä laitteista ja niiden toiminnasta	a b c d e	0 22,2 27,3 10,7 33,3	100 77,8 72,7 89,3 66,7	113	.081
Hoitava henkilöstö kertoi miten minun tulee toimia, jos hoidossani käytettävä laite hälyttää	a b c d e	0 37,5 25 23,3 80	100 62,5 75 76,7 20	77	.055
Hoitopaikassa ollessani kipuani hoidettiin hyvin	a b c d e	0 0 6,3 1,4 0	100 100 93,8 98,6 100	159	.426
Kotiutuessani olin täysin tietoinen lääkityksestäni	a b c d e	0 0 0 3,8 0	100 100 100 96,3 100	169	.836
Kotiutuessani minulle annettiin mukaan ajantasainen lääkekortti	a b c d e	40 47,3 66,7 11,1 57,1	60 52,6 33,3 88,9 42,9	99	.000

jatkuu..

Liitetaulukko 19 jatkuu..

Muuttujat	Ammatti a= johtavassa asemas- sa tai toimihenkilö b= työntekijä c= yrittäjä d= eläkeläinen e= ei työelämässä	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p- arvo
Minulle annettiin suullista tietoa uusista lääkkeistäni	a b c d e	16,7 14,3 30,8 8,8 33,3	83,3 85,7 69,2 91,2 66,7	119	.109
Minulle annettiin kirjallista tietoa uusista lääkkeistäni	a b c d e	25 38,1 54,5 27,3 50	75 61,9 45,5 72,7 50	96	.349
Minulle kerrottiin, miten minun tulee käyttää lääkkeitäni (säännöllisesti vai tarvittaessa, ennen vai jälkeen aterian)	a b c d e	5,6 10,5 20 7,2 20	94,4 89,5 80 92,8 80	150	.351
Minulle kerrottiin, millaisia sivuvaikutuksia käyttämälläni lääkkeillä on	a b c d e	21,4 25 46,2 26,9 50	78,6 75 53,8 73,1 50	113	.434
Minulle kerrottiin, miksi minulle aloitettiin uusi lääke	a b c d e	0 12,5 33,3 10,6 16,7	100 87,5 66,7 89,4 83,3	85	.305
Hoitava henkilöstö antoi minun osallistua omaan hoitooni	a b c d e	0 9,1 22,2 12,7 0	100 90,9 77,8 87,3 100	104	.483
Sain hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemaani tietoa	a b c d e	0 7,3 0 2,6 9,1	100 92,3 100 97,4 90,9	163	.344
Hoitava henkilöstö rohkaisi minua kyselemään epäselvistä asioista	a b c d e	5 5 12,5 15,1 0	95 95 87,5 84,9 100	159	.381

jatkuu..

Liitetaulukko 19 jatkuu..

Muuttujat	Ammatti a= johtavassa asemassa tai toimihenkilö b= työntekijä c= yrittäjä d= eläkeläinen e= ei työelämässä	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p-arvo
Hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella kanssani hoidostani	a b c d e	0 7,3 18,8 12,8 9,1	100 92,7 81,3 87,2 90,9	167	.280
Hoitajat puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b c d e	0 0 5,9 2,6 0	100 100 94,1 97,4 100	171	.431
Lääkärit puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b c d e	4,8 2,3 5,9 6,5 0	95,2 97,7 94,1 93,5 100	170	.878
Hoitajat kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b c d e	10 12 37,5 20,8 20	90 88 62,5 79,2 80	101	.525
Lääkärit kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b c d e	18,2 11,5 50 19,6 20	81,8 88,5 50 80,4 80	106	.224

Liitetaulukko 20. Sattuneiden virheiden yhteys potilaiden kokemuksiin potilasturvallisuudesta viimeisimmältä hoitojaksolta. (% , n, p-arvo).

Muuttujat	Sattuneet virheet a= kyllä b= Ei c= En tiedä	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p-arvo
Hoitava henkilöstö teki parhaansa turvatakseni hoitoni turvallisuuden	a b c	0 3,2 5,6	100 96,8 94,4	164	.401
Sain tietää erilaisista hoitovaihtoehtoista hoidossa ollessani	a b c	20 11,9 11,1	80 88,1 88,9	119	.508
Minulle kerrottiin riskeistä, mitä hoitooni liittyi	a b c	24,1 18,3 12,5	75,9 81,7 87,5	132	.500
Hoitava henkilöstö kertoi minulle hoidossani käytettävistä laitteista ja niiden toiminnasta	a b c	28 11,7 11,5	72 88,3 88,5	111	.166
Hoitava henkilöstö kertoi miten minun tulee toimia, jos hoidossani käytettävä laite hälyttää	a b c	33,3 24,4 25	66,7 75,6 75	75	.732
Hoitopaikassa ollessani kipuani hoidettiin hyvin	a b c	0 1,2 2,9	100 98,8 97,1	153	.693
Kotiutuessani olin täysin tietoinen lääkityksestäni	a b c	0 2,2 2,9	100 97,8 97,1	163	1.000
Kotiutuessani minulle annettiin mukaan ajantasainen lääkekortti	a b c	29,2 25,5 32	70,8 74,5 68	96	.837
Minulle annettiin suullista tietoa uusista lääkkeistäni	a b c	25 14,5 7,7	75 85,5 92,3	116	.217
Minulle annettiin kirjallista tietoa uusista lääkkeistäni	a b c	43,5 26,5 40,9	56,5 73,5 59,1	94	.272
Minulle kerrottiin, miten minun tulee käyttää lääkkeitäni (säännöllisesti vai tarvittaessa, ennen vai jälkeen aterian)	a b c	19,4 8,5 6,5	80,6 91,5 93,5	144	.219
Minulle kerrottiin, millaisia sivuvaikutuksia käyttämälläni lääkkeillä on	a b c	46,2 24,1 24	53,8 75,9 76	109	.098
Minulle kerrottiin, miksi minulle aloitettiin uusi lääke	a b c	4,5 15,6 13,3	95,5 84,4 86,7	82	.478
Hoitava henkilöstö antoi minun osallistua omaan hoitooni	a b c	20,8 9,1 4,2	79,2 90,9 95,8	103	.200

jatkuu..

Liitetaulukko 20 jatkuu..

Muuttujat	Sattuneet virheet a= kyllä b= Ei c= En tiedä	Eri mieltä %	Samaa mieltä %	n	p-arvo
Sain hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemaani tietoa	a b c	11,4 2,3 0	88,6 97,7 100	159	.037
Hoitava henkilöstö rohkaisi minua kyselemään epäselvistä asioista	a b c	23,5 5,9 8,3	76,5 94,1 91,7	155	.021
Hoitavalla henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskustella kanssani hoidostani	a b c	16,7 8 10,8	83,3 92 89,2	161	.308
Hoitajat puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b c	5,6 0 2,7	94,4 100 97,3	165	.052
Lääkärit puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	a b c	11,4 1,1 8,1	88,6 98,9 91,9	163	.012
Hoitajat kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b c	26,9 15,4 15	73,1 84,6 85	98	.417
Lääkärit kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	a b c	25 18,5 19	75 81,5 81	103	.776

Liitetaulukko 21. Potilaiden arvioit potilasturvallisuuden tasosta viimeisimmällä hoitojak-solla. (% , p-arvo).

	Potilasturvallisuuden taso			
	Erinomainen tai erittäin hyvä %	Hyväksyttävä %	Huono %	p-arvot
Sukupuoli				1.000
Nainen	89,1	9,9	1,0	
Mies	90,9	9,1	0	
Ikäluokka				.001**
19–50 vuotta	97,5	0	2,5	
51–65 vuotta	94,8	5,2	0	
66–75 vuotta	72,7	27,3	0	
76–89 vuotta	88,6	11,4	0	
Koulutus				.044*
Peruskoulu/kansakoulu	85,7	14,3	0	
Keskiaste	91,8	8,2	0	
Korkea-aste	96,4	0	3,6	
Ammattiryhmä				.019*
Johtava asema tai toi-mihenkilö	100	0	0	
Työntekijä	95,2	4,8	0	
Yrittäjä	75	25	0	
Eläkeläinen	87	13	0	
Ei työelämässä	90,9	0	9,1	
Sattuneet virheet				.034*
Kyllä	77,8	19,4	2,8	
Ei	94,4	5,6	0	
En tiedä	88,9	11,1	0	
Hoitopaikka				.021*
Vuodeosastot	84,3	14,5	1,2	
Päiväkirurgia	96,1	3,9	0	

* Tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla $p < 0.05$

** Tilastollisesti merkitsevällä tasolla $p < 0.01$

*** Tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla $p < 0.001$

Liitetaulukko 22. Aikaisempia tutkimuksia potilasturvallisuudesta potilaan näkökulmasta.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
1. Anthony, R., Miranda, F., Mawji, Z., Cerimele, R., Davis, R. & Lawrence, S. (2003). The LVHHN Patient Safety Video: Patients as Partners in Safe Care Delivery. <i>Joint Commission Journal on Quality and Safety</i> , 29, 640–645.	Tarkoituksena oli tutkia potilasturvallisuus videon vaikutuksia potilaiden halukkuuteen kysellä omaan hoitoon liittyvistä kysymyksistä sekä videon vaikutuksesta potilaiden tietämykseen potilasturvallisuus asioissa.	Lehigh Valley Hospital and Health Network sairaalan kirurgian poliklinikan alueen potilaat, jotka kävivät siellä päivää ennen leikkaukseen menoa tai leikkauspäivänä. Tutkimukseen osallistui 217 potilasta. Kyseessä oli harkinnanvarainen otos.	Interventiotutkimus, jossa potilaille näytettiin video, ja jonka jälkeen he täyttivät kyselylomakkeen. Kyselylomakkeessa oli viisi kysymystä, joihin vastattiin käyttäen viisiportaista Likert asteikkoa.	Videon katsomisen jälkeen potilaat tunsivat helpommaksi puhua terveydenhuollon ammattilaisten kanssa omaan hoitoon liittyvistä asioista kuin mitä he tunsivat ennen videon katsomista. Videon katsomisen jälkeen potilaat arvioivat heidän oman tietämyksensä potilasturvallisuus asioissa kasvaneen. Potilaat arvioivat kaikki kuusi videossa esitettyä aihetta (hoitosuunnitelma, lääketurvallisuus, putoamiset, leikkauspuolen merkkäus, käsien pesu ja kotiutussuunnitelma) hyödylliseksi.
2. Bittle, M. & LaMarche, S. (2009). Engaging the Patient as Observer to Promote Hand hygiene Compliance in Ambulatory Care. <i>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i> , 35, 519–525.	Tarkoituksena oli saada tietoa siitä miten potilaat pystyvät olemaan käsihygienian tarkkailijoina sairaalassa.	Tutkimukseen osallistui 50 John Hopkinsin sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan, sisätautien poliklinikan sekä plastiikka kirurgian poliklinikan potilasta. 16–17 ensin ilmoittautunutta potilasta osallistui tutkimukseen.	Survey tutkimus	Potilaiden mukaan ottaminen havainnoijiksi oli tutkimuksen mukaan hyödyllinen ratkaisu. Se lisäsi potilaiden vastuullisuutta ja voimisti potilaiden ja henkilökunnan välistä yhteistyötä haittatapahtumien ehkäisemiseksi. Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä heidän mukaan ottamisesta. Heidän mielestään se osoitti organisaatiolta kiinnostusta heidän hyvinvointiaan kohtaan.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
3. Coulter, A. & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. <i>British Medical Journal</i> , 335, 24–27.	Tarkoituksena oli kartoittaa tämän hetkistä näyttöä potilaskeskeisistä interven-tioista.	132 tutkimusta, jotka käsittelivät potilaiden tietoa ja ymmärtämystä heidän tilastaan, sairau-den ja siihen liittyvän hoidon kokemuksista, palveluiden ja siitä johtu-vien kustannusten vaiku-tuksesta sekä terveyskäyt-täytymisestä.	Systemaattinen kirjalli-suuskatsaus	Terveystenlukutaito vaikuttaa keskei-sesti potilaiden mukaan ottamiseen. Näin ollen kaikki potilaiden mukaan ottamiseen tähtäävät toimet tulisi liittää terveydenlukutaidon parantamiseen. Potilaat eivät voi hyödyntää uusia mahdollisuuksia potilasturvallisuudes-sa, jos he eivät ymmärrä mitä heille kerrotaan. Tämän potilaiden uuden roolin hyväksyminen vaatii myös hoi-tohenkilökunnalta paljon tukea ja tie-toa.
4. Davis, R.E., Koutantji, M. & Vincent, C.A. (2008). How willing are patients to question healthcare staff on issues related to the quality and safety to their healthcare? An exploratory study. <i>Quality and Safety in Health Care</i> , 17, 90–96.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia 1. leikkauspoti-laiden halukkuutta kysellä terveydenhuollon henkilö-kunnalta heidän hoidos-taan, 2. eroja potilaiden halukkuudessa kysyä taval-lisia ja haasteellisia kysy-myksiä, 3. potilaiden eri-tyispiirteitä, jotka voivat vaikuttaa halukkuuteen kysellä, 4. lääkärin ohjei-den vaikutusta potilaan halukkuuteen esittää ky-symyksiä.	Lontoon opetussairaalan 80 leikkauspotilasta, jotka olivat iältään yli 18 -vuotiaita, puhuivat eng-lantia ja olivat halukkaita osallistumaan tutkimuk-seen. Kyseessä oli har-kinnanvarainen otos.	Tutkimus toteutettiin ”Patient Willingness to Ask Safety Questions Survey” – lomakkeella. Tulokset analysoitiin SPSS for Windows Ver-sion 14:llä ja käyttäen Mann-Whitney u-testiä, Wilcoxon Signed Ranks testiä sekä Kruskal-Wallis testia.	Miehet, vähemmät koulutetut ja työt-ömät olivat vähiten halukkaita kysy-mään haasteellisia kysymyksiä hoidos-taan terveydenhuollon henkilökunnalta. Yleisesti ottaen potilaat olivat haluk-kaampia kyselemään haasteellisia ky-symyksiä sairaanhoitajalta kuin lääkä-riltä. Potilaiden halukkuus kysyä haas-teellisia kysymyksiä parani huomatta-vasti kun lääkäri rohkaisi heitä siihen.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
5. Davis, R.E., Jacklin, R., Sevdalis, N. & Vincent, C.A. (2007). Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? <i>Health Expectations</i> , 10, 259–267.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata niitä tekijöitä, jotka voisi vaikuttaa potilaiden osallistumiseen laatu- ja turvallisuus asioissa heidän omassa hoidossaan.	30 artikkelia, jotka käsitelivät potilaan osallistumista turvallisuusasioissa.	Kirjallisuuskatsaus	Viisi kategoriaa, jotka voivat vaikuttaa potilaiden osallistumiseen: potilaisiin liittyvät, sairauteen liittyvät, terveydenhuollon ammattilaisiin liittyvät, terveydenhuollon järjestämiseen liittyvät ja turvallisuuteen liittyvät. Potilaiden osallistuminen potilas-turvallisuuteen on varteenotettava vaihtoehto, mutta lisää tutkimusta siitä tarvitaan. Lisäksi tutkimusta tarvitaan potilaiden osallistumisen rajoituksista sekä siihen liittyvistä mahdollisista vaaroista.
6. Davis, R., Sevdalis, N. & Vincent, C. (2011). Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? <i>Quality and Safety in Health Care</i> , 20, 108–114.	Tutkia potilaiden halukkuutta osallistua turvallisuutta parantaviin käytäntöihin sekä selvittää hoitajien ja lääkäreiden rohkaisun merkitystä potilaiden halukkuuteen osallistua.	80 potilasta Lontoon ope-tussairaalasta	Määrällinen poikittais-tutkimus	Potilaiden halukkuus osallistua vaihtelee paljon. Potilaat ovat halukkaita kysymään yleisiä kysymyksiä liittyen hoitoonsa, mutta vähemmän halukkaita osallistumaan haastavampiin käytänteisiin. Potilaat kysyvät haastavia kysymyksiä mieluummin hoitajilta kuin lääkäreiltä. Hoitajilta ja lääkäreiltä saatu rohkaisu nostaa potilaiden halukkuutta osallistua virheiden ehkäisyyn.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
7. Entwistle, V.A., Mello, M.M. & Brennan, T.A. (2005). Advising Patients About Patient Safety: Current Initiatives Risk Shifting Responsibility. <i>Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i> , 31, 483–494.	Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida potilasturvallisuus kampanjoiden tiedotusten kehittymistä, asiasisältöä ja niiden vaikutusta.	Viisi (5) isoa potilasturvallisuus kampanjaa; AHRQ (20 tips to help prevent medical errors), HHS (Five steps to safer health care, Joint commission (Spek up: Help prevent errors in your care), NPSF (Your role in making health care safer) ja NPSF (What you can do to make health care safer)	Puoli-strukturoitu haastattelu, johon osallistui 40 ihmistä. Nämä kaikki tiedonantajat työskentelivät potilaan näkökulman edistämiseksi potilasturvallisuudessa. 27 heistä edusti liittovaltiolisä tai kansallisia organisaatioita, 15 heistä oli tutkijoita ja 8 kuluttajan edustajaa.	Potilaan näkökulmaa huomioitiin liian vähän tiedotteen kehittämisessä. Mikään tiedote ei tuonut esille sitä, mitä terveydenhuollon ammattilaiset tekevät potilasturvallisuuden takaamiseksi. Potilaille tarjottiin vähän käytännöllistä tukea turvallisuussuosituksien noudattamiseen. Jotkin tiedotteet antoivat ymmärtää, että vastuu turvallisuudesta siirtyisi potilaalle. Lisäksi sellaiset tiedotteet, jotka sisältävät ammattilaisten toiminnan tarkastamista olivat potilaille erityisen ongelmallisia.
8. Fowler, F., Epstein, A., Weingart, S., Annas, C., Bolcic-Jankovic, D., Claridge, B., Schneider, E. & Weissman, J. (2008). Adverse Events During Hospitalization: Results of a Patient Survey. <i>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i> , 34, 583–590.	Tarkoituksena oli arvioida niiden haittatapahtumien määrä, jotka potilaat pitivät haittatapahtumina sekä kuvata erilaisia tapahtumia ja niiden välisiä yhteyksiä.	2582 potilasta jotka olivat kotiutuneet 20 Massachusettsin akuuteista sairaaloista.	Puhelinhaastattelu tutkimus, jossa haastattelijana toimivat ammattihaastattelijat. Haastatteluiden jälkeen lääkäri poisti vastaukset, joissa ei ollut sattunut haittatapahtumaa ja luokitteli tapahtumat. Tulokset analysoitiin käyttämällä SPSS 15.0 ohjelmaa.	29 % potilaista raportoi ainakin yhden haittatapahtuman sattuneen hoidon aikana. Näistä 57 % luokiteltiin merkittäviksi, 18 % vakaviksi tai henkeä uhkaaviksi. Vakavat tai henkeä uhkaavat tapahtumat koskivat eniten kirurgista toimenpidettä tai diagnostista testiä. Suurin osa merkittävistä haittatapahtumista koski uuden lääkkeen aloittamista sairaalassa. Nuoremmat potilaat ilmoittivat herkemmin haittatapahtumista kuin vanhemmat.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
9. Friedman, S., Provan, D., Moore, S. & Hanneman, K. (2008). Errors, near misses and adverse events in the emergency department: What can patients tell us? <i>The Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians</i> , 421–427.	Tarkoituksena oli tutkia voisivatko potilaat ja heidän perheen jäsenet tunnistaa haittatapahtumia ja läheltä piti -tilanteita ensiavussa. Lisäksi haluttiin verrata näitä potilaiden laatimia selvityksiä lääkäreiden ja hoitajien tallentamiin potilastietoihin.	Tutkimukseen pyydettiin 348 potilasta, mutta heistä 56 suljettiin pois tutkimuksesta, koska he olivat alle 18 -vuotiaita, juovuksissa tai eivät voineet kommunikoida englanniksi eikä heillä ollut mukana tulkkia.	Tutkimus oli prospektiivinen kohortti tutkimus. Ensiavussa käyneitä ja tutkimuksen sisäänottokriteerit täyttäviä potilaita haastateltiin 0-24 tuntia ensiavusta poispääsyn jälkeen ja toisen kerran 3-7 päivän kuluttua kotiutuksesta.	Potilaat tunnistivat 10 haittatapahtumaa ja 8 läheltä piti – tilannetta. Tunnistetut haittatapahtumat koskivat ensisijaisesti viivästynyttä tai riittämätöntä kivunhoitoa. Näistä yhtään ei ollut kirjattu potilastietoihin tai sairaalan haittatapahtuma ohjelmaan. Tunnistettujen läheltä piti -tilanteiden vakavuus oli vähäinen, paitsi yhdessä tapauksessa, jossa potilaalle oli määrätty lääkettä, josta hän oli aikaisemmin saanut vakavan allergisen reaktion.
10. Guijarro, P., Andrés, J., Mira, J., Perdiguero, E. & Aibar, C. (2010). Adverse events in hospitals: the patient's point of view. <i>Quality and Safety in Health Care</i> , 19, 144–147.	Arvioida potilaan näkökulmasta haittatapahtumien määrää, syitä, seurauksia sekä miten he niitä käsittelevät.	18 artikkelia: 8 artikkelia käsitteli haittatapahtumien määrää, 7 seurauksia ja 3 miten potilaat käsittelevät haittatapahtumia.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Potilaat kokivat paljon erilaisia haittatapahtumia. Potilasturvallisuus sanasto on potilaille vierasta. 20 % - 40 % potilaista oli kokenut jonkinasteista huolta turvallisuudestaan ollessaan sairaalassa. Haittatapahtumien sattuessaa potilaat haluavat heti tietää mitä ja miten se tapahtui ja mahdollisista seuraamuksista. Lisäksi he odottavat anteeksipyyntöä tapahtuneesta. Potilaat haluavat myös tietää yleisellä tasolla, miten turvallisuutta mitataan ja mitä siitä opitaan.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
11. Hall, J., Peat, M., Birks, Y., Golder, S., Entwistle, V., Gilbody, S., Mansell, P., McCaughan, D., Sheldon, T., Watt, I., Williams, B. & Wright, J. (2011). Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. <i>Quality and Safety in Health Care</i> , 19, 1–7.	Tunnistaa, arvioida ja yhteenvetää niitä interventioita, joiden avulla potilaat tai heidän omaiset on otettu mukaan joko potilaiden itsensä tai muiden turvallisuuden edistämiseksi.	14 artikkelia	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Käytetyt interventiot jakautuivat; 1. hoidon suunnitteluun liittyviin; asianmukaisen hoitosuunnitelman varmistamiseen; potilaat antavat tietoa ammattilaisille mm. allergioista, yliherkkyyksistä 2. turvallisen hoidon toteutukseen; potilaat varmistavat lääkityksen oikea-aikaisuuden, annoksen 3. järjestelmän turvallisuus; potilaat toimivat sairaaloiden turvallisuuskomiteoissa. Näiden interventioiden perusteella ei voi tehdä johtopäätöksiä niiden tehokkuudesta.
12. Hibbard, J.H., Peters, E., Slovic, P. & Tusler, M. (2005). Can Patients Be Part of the Solution? Views on Their Role in Preventing Medical Errors. <i>Medical Care Research and Review</i> , 62, 601–616.	Tarkoituksena oli selvittää millaisena kuluttajat näkevät hoitovirheiden riskit, miten he ymmärtävät suositeltujen toimenpiteiden tehokkuuden ja kuinka kykeneväksi he itsensä kokevat hoitovirheiden ehkäisyssä.	Tutkimukseen osallistui 195 henkilöä Oregonin yliopiston henkilökunnasta. Tutkimukseen osallistuivat pelkästään sellaiset henkilöt, jotka eivät olleet työskennelleet terveydenhuollossa ja jotka eivät olleet tiedekunnan jäseniä.	Kyseessä oli kyselytutkimus, jossa kuluttajia pyydettiin arvioimaan 14 suosituksen tehokkuutta sekä arvioimaan 29 mahdollisen hoitovirheen tapahtuman todennäköisyyttä, kuinka haitallisia ne olisivat ja kuinka estettävissä ne olisivat heidän mielestään.	Potilasturvallisuus sanasto oli vierasta. Suositellut toimenpiteet nähtiin suurimmaksi osaksi tehokkaina, mutta potilaat olivat haluttomia kysymään henkilökunnalta heidän toimenpiteistään. Perheenjäsenen sairaalassaolo viimeisen vuoden aikana, häiritsevyyden lukeminen ja tutkimukseen osallistuminen vaikuttivat myönteisesti kuluttajien kyvykkyyteen häiritsevyyden ehkäisyssä.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
13. King, A., Daniels, J., Lim, J., Cochrane, D., Taylor, A. & Ansermino, J. (2010). Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. <i>Quality & Safety in Health Care</i> , 19, 148–157.	Tarkoituksena oli tunnistaa millaisia potilaan raportointijärjestelmiä, raportointimenetelmiä, kannustimia, ja millaista terminologiaa käytetään alan tutkimuksissa.	17 artikkelia	Kirjallisuuskatsaus MEDLINE OvidSP ja PubMed tietokannoista.	Perheet ja potilaat tulisi ottaa mukaan turvallisuuden parantamiseen. Potilaiden tekemä vaaratilanneilmoitukset ovat osoittautuneet luotettaviksi ja niiden avulla voidaan tunnistaa myös sellaisia tilanteita, joita nykyisissä hoitohenkilökunnan tekemissä raporteissa ei tunnisteta. Kaikista tehokkain tapa kerätä terveydenhuollon toimintayksiköissä tietoa, on vielä tuntematon. Samoin paras terminologia, jolla raportteja potilailta kerätään, on myös edelleen epäselvä.
14. Kuzel, A.J., Woolf, S.T., Gilchrist, V.J., Engel, J.D., LaVeist, T.A., Vincent, C. & Frankel, R.M. (2004). Patient Reports of Preventable Problems and Harms in Primary Care. <i>Annals of family Medicine</i> , 2, 333–340.	Tarkoituksena oli kehittää potilaslähtöinen hoitovirhe ja -haitta luokittelu perusterveydenhuollossa ja erottaa mitkä hoitovirheet ja -haitat näyttävät olevan kaikista tärkeimpiä.	Tutkimukseen osallistui 38 henkilöä, jotka saivat hoitoa yleislääkäriltä, perhelääkäriltä tai joiden lapsia hoitivat lastenlääkärit tai perhelääkärit. Aineisto kerättiin Virginian ja Ohion maalais-, esikaupunki ja kaupunki alueilta.	Laadullinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin puhelin haastattelun avulla.	Virheet jaettiin viiteen luokkaan: hoitoon pääsyyn, kommunikointiin, ihmisiin, tekniseen osaamiseen ja tehottomuuteen. Suurin osa haittatapah- tumista koski lääkäri-potilas suhdetta ja lääkärille pääsyä. Ongelmia aiheuttivat lääkärin kunnioituksen puute ja tunteet- tomuus. Suurin osa virheistä aiheutti vihan tunteita, turhautuneisuutta, luot- tamuksen puutetta, kipua, mustelmia, kunnan huononemista ja lääkkeiden haittavaikutuksia.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
15. Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. <i>Mayo Clinic Proceedings</i> , 85, 53–62.	Tarkoituksena oli koota potilaan osallistumista koskevaa näyttöä ja keskustella sen tehokkuudesta sekä tehdä yhteenvetoa tekijöistä, jotka vaikuttavat niiden käytäntöön viemiseen.	115 artikkelia, jotka saatiin MEDLINE, Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing ja Allied Health Literature tietokannoista.	Kerronnallinen katsaus (narrative review)	Potilaan osallistuminen voi parantaa päätöksentekoprosessia ja kroonisten sairauksien hoitoa. Potilaan osallistumista vaikeuttavat monet syyt: potilaasta itsestään johtuvia syitä ovat mm. lääketieteellisen tiedon puute, luottamuksen puute, liitännäissairaudet ja potilaan uuden roolin hyväksyminen. Työntekijöiden näkökulmasta puolestaan vaikeuttavat mm. työntekijöiden vallan menettämisen pelko ja ajan puute.
16. MacPherson, H., Scullion, A., Thomas, K. & Walters, S. (2004). Patients reports of adverse events associated with acupuncture treatment: a prospective national survey. <i>Quality & Safety in Health Care</i> , 13, 349–355.	Tarkoituksena oli kerätä akupunktiopotilaiden kokemuksia heitä kohdanneista haittatapahtumista; tyyppi ja niiden määrä.	9408 potilasta antoi suostumuksensa ja 6348 osallistui tutkimukseen.	Kyselytutkimus. Kyselylomake oli kehitetty kahdesta muusta lomakkeesta. Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin.	682 potilasta raportoi ainakin yhden haittatapahtuman. Yleisimmät haittatapahtumat olivat väsymys, uupumus ja päänsärky. Vain kolme ilmoitusta luokiteltiin vakavaksi.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
17. Metlay, J.P., Cohen, A., Polsky, D., Kimmel, S.E., Koppel, R. & Hennessy, S. (2005). Medication Safety in Older Adults: Home-Based Practice Patterns. <i>Journal of the American Geriatric Society</i> , 53, 976–982.	Tarkoituksena oli kartoittaa nykyistä korkean riskin lääkkeiden oton käytäntöä sellaisilla vanhuksilla, jotka ovat 65 – vuotiaita tai sitä vanhempia ja jotka asuvat kunnallisessa asunnossa. Korkean riskin lääkkeiksi tässä tutkimuksessa luettiin warfariini, digoksiini ja fenytoiini.	Tutkimukseen osallistui 4955 vanhusta, jotka kaikki kuuluivat PACE (The Pennsylvania Pharmacy Assistance Contract for the Elderly) ohjelmaan.	Tutkimus oli prospektiivinen kohortti tutkimus. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla puhelimitse. Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä.	Vastaajista 32 % ilmoitti, ettei ollut saanut minkäänlaista lääkeinformaatiota määrätystä lääkkeestä. Lääkeinformaatiota he olivat saaneet lääkäreiltä (35 %) ja farmaseuteilta (46 %). Lääkärit antoivat enemmän suullista informaatiota, farmaseutit kirjallista informaatiota. Vain 17,4 %:lle oli kerrottu mitä ruoka-aineita tulee välttää, mitä muita lääkkeitä tulee välttää ja mitä tehdä, jos unohtaa ottaa yhden annoksen. Vain 24 % oli kehoitettu tuomaan kaikki lääkkeet lääkärin nähtäville.
18. Ocloo, J. (2010). Harmed patients gaining voice: Challenging dominant perspectives in the construction on medical harm and patient safety reforms. <i>Social Science & Medicine</i> , 71, 510–516.	Tarkoituksena oli saada tietoa haittatapahtuman kokeneiden potilaiden kokemuksista liittyen tapahtumaan.	10 MSHN (medical harm self-help network) ryhmän jäsentä sekä 18 With the break through – ryhmän jäsentä.	Haastattelututkimus Aineisto kerättiin lomakkeella, jossa vastaajia pyydettiin kirjoittamaan kertomus kokemistaan haittatapahtumista. Kyselylomakkeessa oli kertomuksen kirjoittamista auttavia kysymyksiä.	Potilaiden yrittäessä saada tietoa tapahtuneesta haittatapahtumasta, terveydenhuollon organisaatiot usein kielsivät asian tai yrittivät salata sen. Koska potilaat eivät saaneet tietoa tapahtuneesta, he joutuivat pakostakin nostamaan oikeustapauksia saadakseen oikeutta itselleen. Potilailta ei myöskään pyydetty anteeksi haittatapahtumista. Tietoa potilaiden kokemuksista tarvitaan, jotta potilasturvallisuutta voidaan kehittää.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
19. Pandhi, N., Schumacher, J., Flynn, K.E. & Smith, M. (2008). Patients' perceptions of safety if interpersonal continuity of care were to be disrupted. <i>Health Expectations</i> , 11, 400–408.	Tarkoituksena oli saada vastaus seuraaviin kysymyksiin: 1. Missä määrin potilaat tuntevat itsensä turvatomaksi, jos hoitosuhde keskeytyy? 2. Mitkä potilaan ominaisuudet liittyvät syntyneeseen turvattomuuden tunteeseen?	Tutkimukseen osallistui 6827 ihmistä, jotka oli valmistunut Wisconsinin toisen asteen koulusta (high school) vuonna 1957. Tutkimusjoukkoon kuului myös heidän satunnaisesti valittuja sisaruksiaan.	Tutkimus oli pitkäaikainen kohortti tutkimus, jossa ensin haastateltiin puhelimitse osallistujat ja joille sitten lähetettiin sähköpostin välityksellä vielä kysely. Tutkimus aineisto analysoitiin tilastollisesti käyttäen SAS 9.1 ja Stata 9.0 ohjelmia.	12 % tutkimukseen osallistujista tunsivat turvattomuutta, jos hoitosuhteen jatkuvuus keskeytyy. Ne potilaat, jotka tunsivat itsensä turvatomiksi, olivat todennäköisimmin naisia, heillä oli enemmän kroonisia sairauksia kuin muilla ja heillä oli pidempi aikainen (yli neljä vuotta) hoitosuhde. Tulokset viittaavat siihen, että potilaat tuntevat olonsa turvallisiksi, jos he keskustelivat hoito valinnoista sellaisen lääkärin kanssa joihin he ovat tottuneet.
20. Peat, M., Entwistle, V., Hall, J., Birks, Y. & Golder, S. on behalf of the PIPS Group. (2010). Scoping review and approach to appraisal of interventions intended to involve patients in patient safety. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , 15, 17–25. (UK)	Tarkoituksena oli tunnistaa erilaisia strategioita, joilla potilaita ja perheitä on yritetty rohkaista ja yritetty ottaa mukaan, heidän itsensä tai muiden turvallisuuden parantamiseksi.	745 artikkelia	Kirjallisuuskatsaus Cochrane, Central, Embase, ASSIA, NHS Economic Evaluations database, Databases of reports, conference proceeding, grey literature, Database of ongoing research ja patient safety organizations – tietokannoista.	Potilaiden mukaan ottamisen vaikutuksista hoidon turvallisuuteen ja siitä miten halukkaita potilaat ovat osallistumaan turvallisuuden parantamiseen, on olemassa niukasti näyttöä. Jotta potilaiden turvallisuus parantuisi heidän osallistuessaan turvallisuuden parantamiseen, olisi varmistettava, että heille suunniteltu hoito on sopiva, hoito on annettu suunnitelman ja hyvien käytäntöjen mukaisesti ja että terveydenhuoltojärjestelmien ongelmat ja riskit on tunnistettu ja minimoitu.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
21. Quinn, C. (2003). Infusion devices: understanding the patient perspective to avoid errors. <i>Nursing times.net</i> , October	Tunnistaa lääkintälaitteiden käytöstä aiheutuvia haattatapahtumia.	24 potilasta, joilla oli syöpä tai diabetes ja jotka olivat sairaalassa ollessaan käyttäneet lääkintälaitteita.	Haastattelu tutkimus	Potilaat saivat mielestään riittävästi tietoa lääkintälaitteesta, mutta toivoivat aikaisempaa tiedonantoa. Potilaat, joiden kipu hoidettiin lääkintälaitteen avulla, kokivat saaneensa huonosti tai ei ollenkaan tietoa laitteen toiminnasta ja käytöstä. Tiedon puutteen vuoksi he pelkäsivät mm. jäävänsä koukkuun kipulääkkeisiin, eivät osanneet käyttää boluksia, eivätkä tiesseet saivatko he käyttää matkapuhelinta, tai miten kannyyli vaikuttaa heidän liikkumiseensa.
22. Schoen, C., Osborn, R., Huynh, T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J. & Davis, K. (2005). Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experience Of Patients With Health Problems In Six Countries. <i>Health Affairs</i> , 3, 509–525.	Tarkoituksena oli tutkia Australian, Kanadan, Saksan, Uuden Seelannin, Yhdysvaltojen ja Englannin terveydenhuollon järjestelmiä turvallisuuden, koordinoinnin, hoitotuloksen ja kroonisten sairauksien näkökulmasta.	Tutkimukseen osallistui 6957 potilasta: Australiasta 702, Kanadasta 751, Uudesta Seelannista 704, Englannista 1770, Yhdysvalloista 1527 ja Saksasta 1503.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla puhelimitse 17.3–9.5.2005 välisenä aikana kaikista maista paitsi Saksasta, jossa se kerättiin 9.5.–12.6.2005 välisenä aikana	Potilaiden raportoimat hoito- ja lääkitys virheet olivat korkeita jokaisessa maassa. USA:ssa asuvat raportoivat virheistä helpoimmin ja Englannissa asuvat kaikista heikoimmin. 17–22 % potilaista uskoi joutuneensa lääkitysvirheen kohteeksi viimeisen kahden vuoden aikana. Suurimmalle osalle (61–83 %) ei kerrottu tapahtuneesta virheestä. Potilaan käydessä neljällä tai useammalla lääkärillä, todennäköisyys raportoida ainakin yhdestä virheestä kolminkertaistui.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
23. Solberg, L.I., Asche, S. E., Averbek, B.M., Hayek, A.M., Schmitt, M.S., Lindquist, T.C. & Carlson, R.R. (2008). Can Patient Safety Be Measured by Surveys of Patient Experience? <i>Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i> , 34, 266–274.	tarkoituksena oli tutkia mitä potilaat tarkoittavat kun he raportoivat virheitä, onko niistä haittaa ja voisiko tällaisia tutkimuksia käyttää mittaamaan potilasturvallisuutta.	Tutkimukseen osallistui 1998 aikuista (yli 18-vuotiaasta) tai alle 12-vuotiaan lapsen vanhempaa, jotka olivat käyneet lääkärin vastaanotolla tutkimusta edeltävän kahden viikon aikana. Tutkimus tehtiin Minneapolisista.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla joka lähetettiin vastaajille postitse. Kahden viikon kuluttua niille, jotka eivät olleet vastanneet kyselyyn, soitettiin ja kysyttiin vastaukset puhelimitse. Saatu aineisto kävi läpi arviointi (review) menettelyn. Raportit arvioi sairaanhoitaja, lääkäri(t) ja jos virhe täytti IOM:n määritelmän, se esiteltiin potilaan luvalla osastonjohtajalle, joka päätti organisaation virallisesta virheen tutkintamenettelyn aloittamisesta. Raportit analysoitiin käyttäen kontigenssitaulukoi- ta ja Khiin testiä.	Tutkimuksessa 219 vastaajaa raportoi virhetapahtumista. Näitä erilaisia virhetapahtumia oli yhteensä 247. Eniten virheitä raportoivat naiset (73,6 %) ja 41–60-vuotiaat (41,4 %). Vain viisi näistä tapahtumista luokiteltiin IOM:n määritelmän mukaisesti virheiksi. Vastaajista 72 raportoi että virheistä oli aiheutunut haittaa. Arvioijat luokittelivat ne niin että 43 tapauksessa haitta oli ollut fyysistä ja 29 henkinen. Vain yhdessä tapauksessa arvioijat olivat sitä mieltä, että haitta oli suuri tai pitkä aikainen. Arvioijat luokittelivat haitat lääketieteellisiin virheisiin (26), Eiläketieteellisiin virheisiin (22), käyttäytyminen/ kommunikaatio (49), väärinymmärrys (112), puutteellinen tieto (31) ja määrittelemättömät (7). Potilaiden tai heidän vanhempien raportoimat virheet kohtaisivat vain muutamissa tapauksissa sen, mitä terveydenhuollon ammattilaiset tarkoittavat haittatapahtumalla.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
24. Schwappach, D.L. (2010). Engaging Patients as Vigilant Partners in Safety. A Systematic Review. <i>Medical Care Research and Review</i> , 67, 119–148.	Tarkoituksena oli arvioida ja tiivistää nykyisiä näyttöä potilaan osallistumisesta virheiden ehkäisyssä.	Aineistossa mukana 21 artikkelia, jotka saatiin Embase, Pubmed, Cinahl, PsychInfo, ERIC ja Cochrane tietokannoista.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Potilaat ja kansalaiset, yleisellä tasolla, tukevat ja ovat vastaanottavaisia potilaan aktiiviselle roolille virheiden ehkäisyssä, mutta heidän tarkoituksensa ja varsinainen käytös vaihtelevat huomattavasti. Suurimpia potilasturvallisuus kampanjoita ei ole arvioitu perusteellisesti. Potilaita ei ole myöskään konsultoitu kampanjoiden ja suositusten kehittämisessä. Potilaan osallistuminen turvallisuuteen voi onnistua jos se tapahtuu potilaan näkökulmasta käsin ja jos se edistää monimutkaisia käyttäytymisen muutoksia ja jos niistä seuraa kulttuurisia ja normatiivisia muutoksia terveydenhuollon laitoksiin. Potilaat ja heidän turvallisuutensa tulisi nähdä terveydenhuollon keskiössä ja sen tulisi tukea terveydenhuollon henkilöstöä tarjoamaan hoitoa turvallisessa ympäristössä. Vastuuta turvallisuudesta ei kuitenkaan tulisi sysätä potilaille.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
25. Schwappach, D.L. (2008). "Against the silence": Development and first results of a patient survey to assess experiences of safety-related events in hospital. <i>BMC Health Services Research</i> , 8, 59.	Tarkoituksena oli kehittää potilaskysely ja pilotoida se Sveitsin sairaaloiden potilaille.	Aineisto koostui 125 Sveitsin sairaaloiden potilaista. Lisäksi 18 potilasta haastateltiin.	Määrällinen että laadullinen tutkimus, jossa ensin tehtiin kysely, jonka perusteella vielä 18 potilasta haastateltiin.	94 potilasta raportoi ratkaisevasta haittatapahtumasta. 14 % potilaista arvioi haittatapahtuman vakavaksi. Eniten raportteja aiheutui tromboflebiiteistä, huonosta käsihygieniasta, allergisista reaktioista, infektioista ja tiedon saamisen puutteista. 23 % potilaista oli jollakin tavoin huolissaan turvallisuudestaan. Potilaat kehittävät itselleen strategioita millä turvaavat omaa turvallisuuttaan esim. huomatessaan huono käsihygienian potilas oli "desinfioinut" haavansa kun hoitohenkilökunta oli poistunut huoneesta tai potilas itse tarkastaa lääkityksensä ennekuin ottaa ne. He eivät kuitenkaan mielellään kerro tästä hoitohenkilökunnalle koska heidän mielestään he kyseenalaistavat hoitohenkilökunnan auktoriteettiä.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
26. Schwappach, D. & Wernli, M. (2010). Am I (un)safe here? Chemotherapy patients' perspectives towards engaging in their safety. <i>Quality and Safety in Health Care</i> , 19, 1-6.	Arvioida kemoterapia potilaiden käsityksiä turvallisuudesta ja heidän asenteitaan virheiden ehkäisemiseen osallistumiseen.	30 kemoterapia hoitoa saavaa potilasta	Puoli-strukturoitu haastattelu tutkimus	14 potilasta oli kohdannut haattatapahtuman ja ne liittyivät suurimmaksi osaksi väärään lääkkeeseen tai annokseen. Sairaalassa ollessaan potilaat kokivat haattatapahtumista huolimatta olonsa melko turvalliseksi. Sen sijaan kotiin päästyään huoli turvallisuudesta oli kasvanut merkittävästi. Haattatapahtumia kohdanneiden potilaiden ymmärrys ja käsitykset turvallisuudesta olivat laajempi alaisempia kuin sellaisten potilaiden, jotka eivät olleet kohdanneet haattatapahtumaa. Potilaiden mielestä he voivat auttaa virheiden ehkäisyssä mm. kysymällä hoidosta, raportimalla havaitsemistaan poikkeamista ja oireista henkilökunnalle. Potilaat ymmärsivät omat rajoituksensa virheiden ehkäisyssä ja kertoivat osallistumisen vaativan rohkeutta. Hoitajien rohkaisu potilaiden osallistumiseen virheiden ehkäisyssä ei yksin riittänyt. Sen sijaan potilaat kokivat rohkaisun merkkinä asian tärkeydestä. Osa potilaista ei halunnut osallistua virheiden ehkäisyyn, koska ajatteli sen olevan henkilökunnan työtä.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
27. Walrath, J.M. & Rose, L.E. (2008). The Medication Administration Process. Patients' Perspectives. <i>Journal of Nursing Care Quality</i> , 23, 345–352.	Tarkoituksena oli tunnistaa potilaiden käsityksiä lääkehoidon toteutuksesta sairaala olosuhteissa ja kuinka he osallistuvat siihen.	Aineisto koostui 14 potilaan haastattelusta. Potilaat olivat sairaalahoidossa, yli 18 vuotiaita, englantia puhuvia, saivat lääkkeitä hoitajilta sairaalassa olon aikana ja heillä ei saanut olla kognitiivista häiriötä.	Aineisto kerättiin osittain puolistrukturoidulla ja avoimia kysymyksiä sisältävän haastattelurungon avulla. Aineiston kerääminen lopetettiin siinä vaiheessa kun aineisto saavutti saturatiopisteen.	Standardointi (oikea lääke oikealle potilaalle oikealla annoksella oikealla tavalla oikeaan aikaan) vähentää virheitä. Sairaanhoitajat eivät kaikki noudattaneet tätä, mm. potilaan tunnistaminen puutteellista. Myöskään potilaat eivät kysyneet hoitajalta muuta kuin korkeintaan onko kyseessä oikea lääke. Potilaat kokivat turvallisuuden paremmaksi kuin lääkkeet tuotiin heille pienissä annospusseissa. Potilaan ja hoitajan yhteistyön esteenä oli mm. se että potilaat eivät uskaltaneet kysyä hoitajalta asioista, koska hoitaja saattoi käyttäytyä tällöin vastahakoisesti tai käyttää ammattislangia, jota potilaat eivät ymmärtäneet. Yhteistyö onnistuu parhaiten silloin kun sekä potilas että hoitaja tietää mitä potilaan osallistuminen merkitsee kummallekin osapuolelle.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
28. Waterman, A.D., Gallagher, T.H., Garbutt, J., Waterman, B.M., Fraser, V. & Burroughs, T.E. (2006). Brief report: Hospitalized Patients' Attitudes About and Participation in Error Prevention. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 21, 367–370.	Tarkoituksena oli määritellä kuinka halukkaita potilaat olivat virheiden ennaltaehkäisemiseen, kuinka usein he osallistuivat virheiden ennaltaehkäisyyn sairaalassa ollessaan ja vaikuttiko se heidän tyytyväisyyteensä sairaalahoidosta.	Tutkimukseen osallistui 2078 potilasta	Aineisto kerättiin puhelinhaastattelun avulla. Potilaille soitettiin kymmenen päivän päästä kotiutuksesta ja heitä pyydettiin vastaamaan väittämiin neljäportaisen Likert asteikon avulla. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	91 % vastaajista oli sitä mieltä että, potilaat voisivat auttaa virheiden ennaltaehkäisyssä ja 98 % mukaan sairaaloiden pitäisi opettaa potilaita virheiden ehkäisyssä. Sairaalassa olleessaan potilaat kyselivät kysymyksiä hoidostaan (85 %) ja lääkkeiden tarkoituksesta (75 %), mutta eivät vahvistaneet henkilöllisyyttään (38 %), auttaneet merkkamaan leikattavaa puolta (17 %) tai kysyneet käsien pesusta (5 %). Ne potilaat, jotka halusivat osallistua virheiden ennaltaehkäisyyn, osallistuivat käytännössä myös enemmän virheiden ehkäisyyn.
29. Wilkinson, C., Khanji, M., Cotter, P., Dunne, O. & O'Keeffe, S. (2008). Preferences of acutely ill patients for participation in medical decision-making. <i>Quality and Safety in Health Care</i> , 17, 97–100.	Tutkia vastaikään akuutti-sairaalassa olleiden potilaiden käsityksiä tiedosta, heidän osallistumisesta päätöksentekoon sekä niihin vaikuttavista tekijöistä.	152 potilasta, jotka olivat saaneet muistitestistä enemmän kuin kolme pistettä ja jotka lääkäri oli arvioinut olevan siinä kunnossa että pystyisi osallistumaan tutkimukseen (ei liian sairas)	Määrällinen tutkimus, jossa potilaiden halukkuutta osallistua päätöksen tekoon tutkittiin Degner Control of Preferences mittarin avulla. Tulokset analysoitiin tilastollisesti.	61 % potilaista suosi kohtalaisen passiivista roolia päätöksentekoon (jättivät päätöksenteon lääkärille tai lääkäri tekee lopullisen päätöksen kuultuaan ensin minua). 66 % potilaista kuitenkin halusi saada erittäin paljon tai paljon tietoa omasta tilastaan.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
30. Weingart, S.N., Hamrick, H.E., Tutkus, S., Carbo, A., Sands, D.Z., Tess, A., Davis, R., Bates, D.W. & Phillips R. (2008). Medication safety messages for patients via the web portal: The Med-Check intervention. <i>International journal of medical informatics</i> , 77, 161–168.	Tarkoituksena oli tutkia voisiko potilaille lähetetty elektroninen lääkitysturvallisuus viesti parantaa lääkitykseen liittyvää kommunikaatiota ja pystyisikö sen avulla tunnistamaan lääkitys häiritsevää.	Tutkimukseen osallistui 267 satunnaisesti valittua aikuista potilasta erään opetussairaalan kolmesta yksiköstä.	Prospektiivinen kohortti tutkimus, jossa Med-Check sovellus lähetti potilaille kymmenen päivän päästä lääkityksen vaihtumisesta tai uuden lääkkeen aloituksesta viestin, jossa kysyttiin oliko potilas ottanut lääkkeen käyttöönsä ja oliko hänellä lääkitykseen liittyviä ongelmia.	79 % potilaista avasi MedCheckin lähettämän sähköisen viestin ja 12 % vastasi viestiin ja useimmat (77 %) päivän sisällä viestin saapumisesta. Potilaat vastasivat viestiin pääsääntöisesti sähköisesti, mutta yksi heistä soitti ja kaksi kävi paikan päällä yksikössä. Lääkäreistä 68 % vastasi saapuneisiin viesteihin. Kaksi kolmasosa heistä vastasi päivän sisällä ja 93 % viikon sisällä. Lääkärit antoivat potilaille tietoa, tarvittaessa vaihtoivat lääkkeen annoksia tai niiden ottoväliä, vaihtoivat lääkitystä tai uusivat lääkityksiä. 21 lääkäreiden häiritsevää tapahtumaa raportoitiin, joista yksi oli vakava häiriö, mutta estettävissä oleva. Loput tapauksista arvioitiin merkittäviksi häiriöiksi; kuten esim. tokkuraisuutta, pahoinvointia, ylivatsavaivoja, ripulia tai ummetusta.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
31. Weingart, S.N., Morway, L., Brouillard, D., Cleary, A., Eng, T.K., Saadeh, M.G., Seger, A.C., Bates, D.W. & Leape, L.L. (2009). Rating Recommendations for Consumers About Patient Safety: Sense, Common Sense, or Nonsense? <i>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i> , 35, 206–215.	Tarkoituksena oli arvioida potilaille kohdistettujen potilasturvallisuus suositusten järkevyyttä, informatiivisuutta ja sitä ovatko suositukset toteuttamiskelpoisia.	Tutkimuksessa yhdeksän tutkijaa arvioi potilasturvallisuus suosituksia. Lisäksi kuluttajan näkökulmasta suosituksia arvioi 22 ihmistä, jotka olivat tutkijoiden isoäitejä, äitejä, siskoja, tyttäriä, tätejä tai veljentyttäriä.	Tutkijat arvioivat suositusten empiirisen näytön laatua, niiden hyödyn merkitystä virheiden ehkäisyssä ja kuluttajien todennäköistä sitoutumista suosituksen noudattamiseen kolmeporaisella luokituksella (1=low, 2=moderate, 3=high). Kuluttajien edustajat arvioivat myös samoja asioita, paitsi suositusten empiiristä näyttöä. Aineisto analysoitiin käyttämällä tilastollisia menetelmiä.	Potilaille tarjotaan laaja valikoima potilasturvallisuus suosituksia. Yleisimmät suositukset neuvoivat kuluttajia tekemään listan lääkityksestään, kyselemään kysymyksiä liittyen heidän terveyteensä ja hoitoonsa, käyttämään tukihenkilöä ja kysellä mahdollisista lääkkeiden sivuvaikutuksista. Viisi toteuttamiskelpoisinta suositusta olivat: 1. jos olet ottanut tai luulet ottaneesi yliannostuksen tai lapsesi on ottanut lääkkeitä vahingossa, soita heti myrkytyskeskukseen tai sairaalaan. 2. Jos sinulle tulee kutinaa, turvotusta tai sinun on vaikea hengittää uuden lääkkeen ottamisen jälkeen, soita apua heti 3. Pidä huoli, että terveydenhuollon henkilökunta varmistaa henkilöllisyytesi ennen lääkityksen antamista tai toimenpiteen suorittamista. 4. Kysy riskeistä, mahdollisista komplikaatioista, odotettavissa olevista tuloksista ja vaihtoehtoista ennen leikkausta. 5. Pyydä hoitohenkilökuntaa tai farmaseuttia tarkistamaan lääkityksesi ennen kotiutumista.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
32. Weingart, S.N., Pagonich, O., Sands, D.Z., Li, J.M., Aronson, M.D., Davis, R.B., Bates, D.W. & Phillips, R.S. (2005). What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 20, 830–836.	Tarkoituksena oli saada selville pystyisivätkö sairaalapotilaat ja heidän perheensä tunnistamaan haittatapahtumia ja läheltä piti – tilanteita. Toissijaisena tavoitteena oli analysoida potilailta saatuja raportteja ja verrata niitä sairaalan haittatapahtuma tietoihin.	Tutkimukseen osallistui 228 aikuista Bostonin opetussairaalarasta.	Prospektiivinen kohortti tutkimus. Potilaita haastateltiin 2-3 kertaa viikossa koko heidän sairaalassa olo ajan. Kysymykset olivat aina samat. Lisäksi potilaita rohkaistiin kirjaamaan ylös hoidostaan, jotka sitten haastattelija litteroi. Lisäksi potilaita haastateltiin kymmenen päivän kuluttua kotiutuksesta puhelimitse.	Tutkimuksen aikana tapahtui yhteensä 62 eriasteista haittatapahtumaa. 17 potilasta koki 20 haittatapahtumaa ja yksi potilas sai vakavan haitan, joka vaati leikkaus hoitoa. Yksitoista potilasta koki merkittävää haittaa, kuten esimerkiksi turvotusta. Kahdeksan potilasta koki 13 läheltäpiti-tilannetta. Näistä kolmella oli viisi henkeä uhkaavaa tai vakavaksi luokiteltua haittatapahtumaa. Lääkäri määräsi lääkettä, jolle potilas oli allerginen. Neljässä tapauksessa antibiootti oli myöhässä kuusi tuntia. Kaksi merkittävää läheltäpiti-tilannetta; toisessa väärän potilaan verenpainetta tarkkailtiin ja toisessa tapauksessa vessassa kaatunut potilas joutui odottamaan kolme tuntia, että hänet löydettäisiin sieltä. Yksitoista kahdestakymmenestä haittatapahtumasta ja neljä kolmestatoista läheltäpiti-tilanteesta oli kirjattu hoitotietoihin, mutta niistä ei yhtään löytynyt sairaalan haittatapahtuma tiedoista.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
33. Weingart, S.N., Toth, M., Eneman, J., Aronon, M.D., Sands, D.Z., Ship, A.n., Davis, R.B. & Phillips, R.S. (2004). Lessons from a patient partnership intervention to prevent adverse drug events. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , 16, 499–507.	Tarkoituksena oli arvioida haluaisivatko potilaat osallistua lääketurvallisuuden parantamiseen ja sitä, parantaisiko käytetty interventio lääketurvallisuutta ja jos näin olisi, arvioida intervention merkitystä.	Tutkimukseen osallistui 209 (107 interventio ja 102 kontrolli) potilasta Bostonin opetussairaala-	Prospektiivinen randomisoitu, kontrolloitu koe. Interventioryhmässä potilaat saivat joka kolmas päivä uuden listan senhetkisestä lääkityksestään ja lääketurvallisuus informaation. Kontrolliryhmä sai vain lääketurvallisuus informaation. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Yksitoista potilasta koki 12 haittatapahtumaa, ja 16 potilasta koki 18 läheltä piti -tilannetta tutkimuksen aikana. Koe ja -kontrolli ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi haittatapahtumien ja läheltä piti-tilanteiden lukumäärän suhteen. 11 % potilaita oli tietoisia lääkitysvirheistään sairaalahoidon aikana. Hoitajista 29 % vastasi, että ainakin yksi lääkevirhe voitiin ehkäistä sillä, että potilas tai hänen perheensä oli tunnistanut ongelman.

